



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลราชภัฏสุรินทร์

ปาฐกถา “เปรม บური” ครั้งที่ 8  
เรื่อง

ศัลยกรรมไทย: อดีต ปัจจุบันและอนาคต



โดย

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ อรุณ เผ่าสวัสดิ์

วันพฤหัสบดีที่ 12 มกราคม 2555

ณ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมทางการแพทย์ และโรงเรียนพยาบาลราชภัฏสุรินทร์

ชั้น 9 ห้อง 910

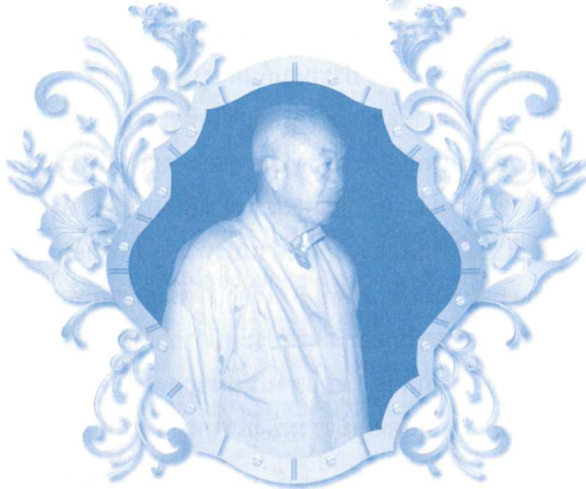
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลราชภัฏสุรินทร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ปาฐกถา “เปรม ภูมิ” ครั้งที่ 8  
เรื่อง

คัลยกรรมไทย: อดีต ปัจจุบันและอนาคต



โดย  
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ อรุณ เฟอส์ว็ลส์ดี

วันพฤหัสบดีที่ 12 มกราคม 2555

ณ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมทางการแพทย์ และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

ชั้น 9 ห้อง 910

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



## ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 8

### คำนำ



ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งนี้นับเป็นครั้งที่ 8 ซึ่งทางภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เพื่อเป็นเกียรติแก่ศาสตราจารย์เกียรติคุณเปรม บุรี ซึ่งเป็นปูชนียบุคคลที่สำคัญยิ่งของรามาธิบดีอีกท่านหนึ่ง

เนื่องจากงานศัลยกรรมเป็นงานที่หนัก ค่าตอบแทนน้อยไม่สอดคล้องกับภาระงานและยังเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง ประกอบกับคนรุ่นใหม่ต้องการมีชีวิตที่มีคุณภาพมากขึ้น จึงทำให้นักศึกษาแพทย์และแพทย์ที่จบใหม่สนใจที่จะทำงานทางด้านศัลยกรรมลดลง ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อวงการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศได้ไม่มากก็น้อยในอนาคต ด้วยเหตุนี้ทางภาควิชา จึงได้เรียนเชิญศาสตราจารย์เกียรติคุณ อรุณ เผ่าสวัสดิ์ ซึ่งเป็นศัลยแพทย์อาวุโส และมีประสบการณ์ทางด้านบริหารการแพทย์มาอย่างยาวนาน เป็นองค์ปาฐกในปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 8 เรื่อง “**ศัลยกรรมไทย : อดีต ปัจจุบันและอนาคต**” ภาควิชาศัลยศาสตร์มั่นใจว่า จากประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับวงการศัลยกรรมไทยของท่านที่มีอยู่อย่างมากมาย ตลอดจนมุมมองและข้อคิดเห็นของท่านต่อวงการศัลยกรรมไทยจะเป็นประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมฟังปาฐกถาครั้งนี้ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

อนึ่ง ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 8 นี้ เดิมมีกำหนดจะจัดขึ้นในวันพุธที่ 16 พฤศจิกายน 2554 แต่เนื่องจากเกิดเหตุการณ์น้ำท่วมครั้งใหญ่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จึงทำให้ปาฐกถาครั้งนี้ต้องเลื่อนออกไป ซึ่งทางภาควิชาศัลยศาสตร์ต้องขอขอบพระคุณศาสตราจารย์เกียรติคุณอรุณ เผ่าสวัสดิ์ เป็นอย่างสูงที่ให้ความเมตตาเลื่อนการแสดงปาฐกถามาเป็นวันนี้

ศาสตราจารย์กฤษฎา รัตนโอฬาร

หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์

12 มกราคม 2555



## ชีวประวัติของนายเปรม นูรี (2461-ปัจจุบัน)



**เกิดวันที่** 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2461

**บุตรของ** นายชื่น นูรี และนางทิพย์ นูรี อ.เมือง จ.เชียงใหม่

**การศึกษา** โรงเรียนปรี้นชรอยล์วิทยาลัย อ.เมือง จ.เชียงใหม่  
จบ ม.8 ปี พ.ศ. 2478 (ม.8 รุ่นสุดท้าย)

**ศึกษาต่างประเทศ** ประเทศอังกฤษ พ.ศ. 2480

- Plymouth Technical College 9 เดือน เพื่อเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยลอนดอน วิชาแพทย์ที่ Guy's Hospital Medical School
- Guy's Hospital Medical School พ.ศ. 2481
- สงครามโลกครั้งที่สอง พ.ศ. 2482-2488 ไทยประกาศสงครามกับอังกฤษ และอเมริกาในเวลาต่อมา การศึกษาแพทย์ต้องชะงักลงเพราะเป็น Enemy Aliens

**เสรีไทยฝ่ายอังกฤษ** สมัครเข้าเป็นเสรีไทยฝ่ายอังกฤษ วันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2485 เข้ามาปฏิบัติทางทหารในประเทศไทย พ.ศ.2487 จนสงครามสงบลงปี พ.ศ. 2488 กลับไปศึกษาวิชาแพทย์ที่ Guy's Hospital Medical School ต่อรับเหรียญ M.C. จากรัฐบาลอังกฤษ

**การศึกษาต่อ**

- จบแพทยศาสตร် M.B., B.S. (London)
- พ.ศ. 2492 MRCS (Eng.), LRCP (London)
- แพทย์ฝึกหัดและแพทย์ประจำบ้านที่ Pembory Hospital (เครือข่ายของ Guy's Hospital Medical School) 3 ปี พ.ศ. 2492-2495





## ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 8

### ปฏิบัติงานต่อทางแพทย์เพื่อหาประสบการณ์ โดยได้รับทุน ก.พ.

- Harwich and Dovercourt Hospital 1 ปี
- Scunthorse Hospital 1 ปี

### รับราชการ

- กลับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2497
- ภาควิชาศัลยศาสตร์ ร.พ.ศิริราช พ.ศ. 2497-2512
- ศึกษาต่อทางด้าน Cardiovascular Surgery โดยได้รับทุนของ China Medical Board New York ที่ Variety Heart Hospital University of Minnesota 1 ปี (พ.ศ. 2502-2503)
- ศึกษางานต่อตามสถาบันแพทย์ในอเมริกาอีกหลายแห่งก่อนเดินทางกลับประเทศไทย
- ปฏิบัติงานตามโครงการแพทย์เคลื่อนที่ของศิริราชที่จังหวัดอุดรธานี พ.ศ. 2509 - 2514
- โอนย้ายมาทำการก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี พ.ศ. 2512 จนกระทั่งปลดเกษียณ ปี พ.ศ. 2522
- \* ก่อตั้งศูนย์เวชศาสตร์ชุมชนตั้งแต่เริ่มคณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี โดยความช่วยเหลือจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ (ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข) ก่อตั้งศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน หลังจากที่ได้รับทุนร็อกกี้เฟลเลอร์ให้ไปดูงานต่างประเทศ 9 แห่ง - อินเดีย เคนยา อูกานดา ไนจีเรีย นิวยอร์ก เล็กซิงตันจาไมก้า โคลัมเบีย ฟิลิปินส์ - ใน 8 ประเทศเป็นเวลา 9 สัปดาห์

### งานหลังปลดเกษียณ (พ.ศ. 2522)

- อาจารย์พิเศษ ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน 5 ปี (2522-2525)
- ร่วมคณะก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ - อาจารย์ที่ปรึกษา 4-5 ปี

### ตำแหน่งในเวลารับราชการ

- ศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ ร.พ.ศิริราช 2512
- ศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี 2512-2522
- ศาสตราจารย์เกียรติคุณหลังจากเกษียณอายุราชการ จากมหาวิทยาลัยมหิดล

### เครื่องราชอิสริยาภรณ์

- พ.ศ. 2517 ประถมาภรณ์มงกุฎไทย
- พ.ศ. 2514 ประถมาภรณ์ช้างเผือก

ศัลยกรรมไทย: อดีต ปัจจุบันและอนาคต

## บรรยายภาคในงานปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 7



องค์ปาฐก พลโท ศาสตราจารย์เกียรติคุณนพดล วรอุไร  
ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 7 วันจันทร์ที่ 15 พฤศจิกายน 2553



องค์ปาฐกรับของที่ระลึกจากศาสตราจารย์เกียรติคุณเปรม บุรี



## ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 8



ผู้เข้าร่วมฟังปาฐกถา “เปรม บุรี”



คณาจารย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ ถ่ายรูปร่วมกับ  
ศาสตราจารย์เกียรติคุณเปรม บุรี



## ชีวประวัติของศัลยา

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ อรุณ เฟาส์วัลด์



### ประวัติส่วนตัว

เกิด 25 เมษายน 2481

คู่สมรส ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสมศรี เฟาส์วัลด์ มีบุตร 5 คน

### ประวัติการศึกษา

2504 พ.บ. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2507 ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล

2512 Dr. Med มหาวิทยาลัย Hamburg, Germany

2512 Facharzt für Chirurgie แพทย์สภารัฐ Hamburg, Germany

2520 หนังสืออนุมัติบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาศัลยศาสตร์ (อ.ว.)

### ประวัติการทำงาน

2512-2518 อาจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2518-2521 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2521-2526 รองศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2526-ปัจจุบัน ศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2532-2534 รองคณบดีฝ่ายบริการ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

2534 หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ และรักษาการรองคณบดีฝ่ายบริการและผู้อำนวยการ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2534-2538 คณบดี สมัยที่ 1 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2538-2541 คณบดี สมัยที่ 2 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2541-ปัจจุบัน ที่ปรึกษาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล





## ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 8

### ตำแหน่งทางบริหารขององค์กรวิชาชีพเฉพาะทางและองค์กรการกุศล

- 2528-2530 คณะกรรมการผู้บริหารราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
- 2530-2532 ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ทั่วไปในคณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
- 2532-2534 เลขานุการราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย สมัยที่ 1
- 2534-2536 เลขานุการราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย สมัยที่ 2
- 2536-2538 ประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย สมัยที่ 1
- 2538-2540 ประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย สมัยที่ 2
- 2534-2535 ประธานฝ่ายวิชาการของคณะกรรมการบริหารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย สมัยที่ 1
- 2537-2538 ประธานฝ่ายวิชาการของคณะกรรมการบริหารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย สมัยที่ 2
- 2539-2540 ผู้ริ่งตำแหน่งนายกแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย
- 2528-2532 รองประธานสมาคมศัลยแพทย์ภาคพื้นเอเชีย (Asian Surgical Association)
- 2536-ปัจจุบัน ประธานกลุ่มสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางแห่งประเทศไทย
- 2534-2543 กรรมการบริหารแพทยสภา
- 2534-2552 กรรมการบริหารมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย
- 2537-ปัจจุบัน กรรมการบริหารมูลนิธิถันยรักษ์
- 2537-ปัจจุบัน รองประธานคนที่ 1 ศิริราชมูลนิธิ
- 2539-ปัจจุบัน ประธานมูลนิธิวัชรเวชวิทยาลัยเฉลิมพระเกียรติ
- 2534-2541 รองประธานมูลนิธิรางวัลเจ้าฟ้ามหิดล
- 2542-ปัจจุบัน รองประธานมูลนิธิเวชดุสิตในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์
- 2532-2536 กรรมการบริหารกรรมการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงมหาดไทย
- 2534-2543 คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ
- 2534-ปัจจุบัน กรรมการ อ.ก.ม.วิสามันท์ ทบวงมหาวิทยาลัยเพื่อประเมินผลงานทางวิชาการสาขาวิชาศัลยศาสตร์

- 2534-2541 กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะกิจประเมินคุณสมบัติและผลงานทางวิชาการ  
ของบุคคลสายงานแพทย์ คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.)
- 2534-2541 ประธานอนุกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะกิจประเมินคุณสมบัติและผลงาน  
ทางวิชาการของบุคคล  
สายงานแพทย์ด้านเวชกรรม สาขาศัลยกรรมและเวชศาสตร์ฟื้นฟู  
(การดำรงตำแหน่งวิชาการตั้งแต่ระดับ 8 ลงมา) คณะกรรมการ  
ข้าราชการพลเรือน (ก.พ.)
- 2534-2538 ที่ปรึกษาสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- 2534-2541 กรรมการทุนรัฐบาล ก.พ.
- 2534-ปัจจุบัน กรรมการแพทย์ ก.พ.
- 2534-2543 กรรมการจัดทำรูปแบบในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการทางการแพทย์  
แพทยสภาแห่งประเทศไทย
- 2540-2543 นายแพทย์สภา
- 2541-2542 นายแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
- 2542-ปัจจุบัน กรรมการประเมินผลสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- 2542-2546 กรรมการสภามหาวิทยาลัย ผู้ทรงคุณวุฒิ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- 2542-ปัจจุบัน กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สภาวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
- 2542-ปัจจุบัน ประธานกรรมการบริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน)
- 2544-2548 ที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
- 2548-2549 ผู้ช่วยรัฐมนตรีประจำกระทรวงสาธารณสุข
- 2550-ปัจจุบัน รองประธานคนที่ 2 มูลนิธิสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์

### ประวัติบรรณาธิการหนังสือทางวิชาการ

- บรรณาธิการร่วมตำราศัลยศาสตร์วิวัฒน์ เล่ม 6 - 9
- 2526-2533 กองบรรณาธิการวารสารจดหมายเหตุทางแพทย์
- 2533-ปัจจุบัน ที่ปรึกษากองบรรณาธิการวารสารจดหมายเหตุทางแพทย์
- 2531-2541 กองบรรณาธิการ The British Journal of Surgery
- 2528-ปัจจุบัน ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ Medicine International Far East Edition
- 2534-ปัจจุบัน กองบรรณาธิการ Asian Journal of Surgery
- 2540-ปัจจุบัน กองบรรณาธิการ World Journal of Surgery



## ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 8

### ประวัติบรรณาธิการหนังสือทางวิชาการ

- รางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล สาขาการแต่งตำราจากหนังสือตำราเรื่อง “ศัลยกรรมทางเดินน้ำดี” พ.ศ. 2529
- International Man of the Year 1992, International Biographical Center, Cambridge, England

### ประวัติการเป็นสมาชิกองค์กรต่างๆ

- Member of Who is Who, The International Who is Who of Intellectual, International Biography Center, Cambridge, England
- Honorary Membership, The Academy of Medicine of Malaysia, 1993
- Honorary Membership, The Academy of Medicine of Singapore, 1994
- ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
- แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
- สมาคมศัลยแพทย์เอเชีย (Asian Surgical Association)
- International Gastro-Surgical Club
- International Hospital Administration Federation
- International Hepato-Pancreato-Biliary Association
- International Surgical Society
- สมาคมนักเรียนเก่าเตรียมอุดมศึกษา
- สมาคมนักเรียนเก่าอัสสัมชัญ ศรีราชา
- สมาคมศิษย์เก่าแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- สมาคมศิษย์เก่ามหาวิทยาลัยมหิดล

### สิ่งตีพิมพ์ทางวิชาการ

- บทความในวารสารวิชาการในประเทศ 18 เรื่อง
- บทความในวารสารวิชาการต่างประเทศ 11 เรื่อง
- ตำราที่แต่งผู้เดียว (เป็นตำราที่ได้รับรางวัลมหิดลสาขาการแต่งตำรา ปี พ.ศ. 2529) 1 เล่ม
- ตำราที่แต่งบางบทภาษาไทย 9 เล่ม
- ตำราที่แต่งบางบทภาษาต่างประเทศ 2 เล่ม



### ตำแหน่งพิเศษเฉพาะกิจ

- กรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการกระทำความผิดและสำรวจความเสียหายเนื่องในการชุมนุมกัน ระหว่างวันที่ 17-20 พฤษภาคม พ.ศ.2535
- ประธานอนุกรรมการชุดที่ 5 ทำหน้าที่สำรวจความเสียหายที่แท้จริงอันเกิดต่อชีวิตร่างกายของผู้ชุมนุม เจ้าหน้าที่ของรัฐและบุคคลภายนอกอันเนื่องมาจากเหตุการณ์ระหว่างวันที่ 17-20 พฤษภาคม พ.ศ.2535 จากบุคคลผู้ได้รับบาดเจ็บ ญาติผู้เสียหายชีวิต ญาติผู้สูญหายและกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง
- สมาชิกวุฒิสภา พ.ศ. 2539-2543

### เครื่องราชอิสริยาภรณ์ที่ได้รับ

2547	ทุติยจุลจอมเกล้า
2540	ตติยจุลจอมเกล้าวิเศษ
2538	มหาปรมาภรณ์ช้างเผือก
2537	เหรียญจักรพรรดิมาลา
2536	เหรียญดุษฎีมาลาเข็มศิลปวิทยา
2533	มหาวชิรมงกุฏ
2530	ประถมาภรณ์ช้างเผือก
2528	ประถมาภรณ์มงกุฎไทย
2525	ทวิติยาภรณ์ช้างเผือก
2522	ทวิติยาภรณ์มงกุฎไทย
2520	ตริตาภรณ์ช้างเผือก
2518	ตริตาภรณ์มงกุฎไทย
2538	เหรียญ “Chevalier de L'Ordre des Palmes Academiques” จากรัฐบาลฝรั่งเศส
2541	เหรียญ “Gorakha Dakshin Bahu 3 <sup>rd</sup> Class” จากสมเด็จพระราชาธิบดีแห่งราชอาณาจักรเนปาล





## ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 8

บทย่อ

ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 8

เรื่อง “ ศัลยกรรมไทย : อดีต ปัจจุบันและอนาคต ”



โดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ อรุณ เผ่าสวัสดิ์

ต้องขอแสดงความขอบคุณท่านหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และคณะผู้จัดดำเนินการ ปาฐกถาเกียรติยศ “เปรม บุรี” ที่ให้เกียรติให้โอกาสผมได้มาแสดงความเคารวะแสดงความเคารพนับถือ บูชา และมายกย่องบุคคลที่สมควรจะได้รับการยกย่องต่อหน้าปราชญ์และบัณฑิตทั้งหลาย ท่านผู้นั้นคือ เจ้าของปาฐกถาเกียรติยศ ท่านศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เปรม บุรี

ศัลยกรรมไทยถ้าจะมองกันให้ดองแท้ก็คงจะกล่าวได้ว่าเริ่มขึ้นในสมัยรัชกาลที่ 3 กรุงรัตนโกสินทร์ ตั้งแต่เริ่มมีหมอสอนศาสนาหรือมิชชันนารี ซึ่งหลายท่านเป็นหมอรักษาคอนไชน์ด้วย มีการใช้เครื่องมือเครื่องมือทางศัลยกรรม มีทั้งท่านที่มีโรงพยาบาลและไม่มีโรงพยาบาล จนกระทั่งมาถึงปี พ.ศ. 2431 ที่พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวได้พระราชทานโรงศิริราชพยาบาลให้แก่ประชาชนผู้ยากไร้ของพระองค์ท่าน โรงเรียนแพทย์จึงเกิดขึ้น มีการผลิตแพทย์เพื่อประเทศไทย ครูบาอาจารย์ก็เป็นแพทย์ฝรั่งและมีคนไทยที่ได้ไปศึกษาแพทย์ที่ต่างประเทศ สำเร็จการศึกษากลับมาประเทศไทย จึงทำให้เกิดมีแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งทำการรักษาทางศัลยกรรมได้กระจายไปตามจังหวัดต่างๆ ของประเทศไทยมากขึ้น ปัจจุบันเรามีการทำศัลยกรรมได้ใกล้เคียงกับประเทศที่เจริญแล้วทางซีกโลกตะวันตก และในอนาคตเราอาจจะมีความสามารถไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน หรือในบางเรื่องอาจจะก้าวหน้าไปมากกว่าด้วย



## “ วิกฤติของการศัลยกรรมไทย “

ปาฐกถา “เปรม ปรีย์” ครั้งที่ 7  
วันที่ 15 พฤศจิกายน 2553



พลโท ศาสตราจารย์เกียรติคุณพดล วรอุไร

### บทนำ

จากกรณีแพทย์หญิงประจำโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ถูกฟ้องคดีอาญาจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยการฉีดยาเข้าไขสันหลังเพื่อการทำผ่าตัดผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ แล้วผู้ป่วยเกิด cardiac arrest และได้เสียชีวิตลง ศาลชั้นต้นจังหวัดทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้มีคำพิพากษาเมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2550 ว่าแพทย์มีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 291 ที่บัญญัติว่า “ผู้ใดกระทำโดยประมาทและการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปีและปรับไม่เกินสองหมื่นบาท” ได้พิพากษาจำคุกแพทย์เป็นเวลา 3 ปี

ผลจากคำพิพากษาของศาลชั้นต้นดังกล่าวนี้ทำให้เกิดความตื่นตระหนกต่อวงการแพทย์และโดยเฉพาะอย่างยิ่งวงการศัลยแพทย์เป็นอย่างยิ่ง แพทย์และศัลยแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนไม่กล้าทำผ่าตัดผู้ป่วยศัลยกรรมเนื่องจากไม่มีวิสัญญีแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์มากขึ้น ศัลยแพทย์ทั่วไปที่เคยทำผ่าตัดให้ผู้ป่วยที่มีนิ่วในระบบปัสสาวะ ผ่าตัดต่อมลูกหมากโต หรือผู้ป่วยที่มีบาดเจ็บสมองมีเลือดคั่ง ก็เลิกทำผ่าตัดไป

ด้วยความเห็นใจและความเป็นห่วง ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย (รวศท) จึงได้ดำเนินโครงการราชวิทยาลัยฯสัญจร 2551-2553 ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2551 ถึงเดือนมกราคม 2553 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเยี่ยมเยียนให้กำลังใจศัลยแพทย์



## ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 8

ในส่วนต่างๆ ของประเทศ เพื่อรับทราบข้อมูลของคัลยแพทย์และศัลยกรรมในแต่ละพื้นที่ และในภาพรวมของประเทศ เพื่อรับทราบปัญหาข้อขัดข้องในการทำงานของคัลยแพทย์ รับทราบข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขปัญหา และรณรงค์ให้คัลยแพทย์ทุกคนเป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยฯ เพื่อที่ราชวิทยาลัยฯ จะได้เป็นตัวแทนของคัลยแพทย์ทุกคน ในการผลักดันนโยบายหรือแก้ไขปัญหาด้านศัลยกรรมของประเทศ ราชวิทยาลัยฯ ได้ดำเนินโครงการนี้ 11 ครั้ง รวม 70 จังหวัด

**สรุปประเด็นสำคัญ ข้อเท็จจริง ปัญหา ข้อขัดข้องที่รวบรวมได้จากโครงการราชวิทยาลัยฯ สัณจจร 2551-2553**

1. **โรงพยาบาลทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุข ขาดแคลนคัลยแพทย์ทั่วไป** ประชาชนคัลยแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ เป็นอย่างมาก โรงพยาบาลหลายแห่งมี คัลยแพทย์ทั่วไปเพียง 1 คนเป็นเวลา 10-20 ปีมาแล้ว เช่น ที่โรงพยาบาลจังหวัด แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลจังหวัดชัยนาท หลายแห่งมีคัลยแพทย์ทั่วไปไม่ถึง 3-4 คนเพื่อให้สามารถช่วยกันทำงานอย่างเป็นที่มิดได้ สามารถผลัดกันอยู่เวรนอกเวลาได้ หลายแห่งต้องส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บสมองข้ามจังหวัด ข้ามเขต หรือส่งไปรักษาในโรงพยาบาลเอกชน หรือส่งเข้ากรุงเทพฯ

2. **คัลยแพทย์กลัวและวิตกต่อการถูกฟ้องร้อง** แพทย์และคัลยแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนหลายต่อหลายแห่งเลิกผ่าตัดเพราะไม่มีวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล มีการส่งต่อผู้ป่วยทางศัลยกรรม เช่น ไล่ดึงอวัยวะ รวมทั้งการผ่าตัดต่างๆ ที่เคยทำได้จากโรงพยาบาลชุมชนไปรับการผ่าตัดรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งทำให้เกิดความไม่สะดวกและเป็นภาระของผู้ป่วยและญาติที่ต้องเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์แม้แต่ คัลยแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลทั่วไปที่เคยผ่าตัดสาขาเฉพาะทางได้เป็นอย่างดี เช่น นิ้วในระบบบัสสวาระ ต่อมลูกหมากโต บาดเจ็บสมอง ก็ไม่กล้าทำอีกต่อไปเพราะกลัวถูกฟ้องเนื่องจากไม่ใช่แพทย์เฉพาะทาง

3. **ภาระงานที่หนักมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งคัลยแพทย์ทั่วไปทั้งในโรงพยาบาล** ทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนส่งต่อผู้ป่วยศัลยกรรมให้ ทำให้



มีการทำผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ทั้งกรณีผ่าตัดทั่วไปและเร่งด่วน เช่น ไส้ติ่งอักเสบ ศัลยแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ต้องทำงานทั้งกลางวันและกลางคืน นอกจากการออกตรวจผู้ป่วยนอก ตรวจผู้ป่วยใน ผ่าตัดผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน และผ่าตัดผู้ป่วยฉุกเฉินในเขตของตนเองแล้ว ยังต้องผ่าตัดผู้ป่วยฉุกเฉินที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนที่รออยู่ ทำให้ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบมีอัตราไส้ติ่งแตกเพิ่มมากขึ้น ศัลยแพทย์ต้องดูแลทั้งผู้ป่วยปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ หลายจังหวัดมีจำนวนประชากรแฝงจำนวนมาก (เช่น จังหวัดที่ติดชายแดน จังหวัดท่องเที่ยว หรือจังหวัดอุตสาหกรรม) ศัลยแพทย์จำนวนหนึ่งเริ่มมีหรือมีอายุมากขึ้นเรื่อยๆ แล้ว พละกำลังที่เคยมีก็ลดลง แต่กลับมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น ชีวิตไม่มีความสุข ไม่มีการทดแทนกำลังพลที่เหมาะสม

4. ค่าตอบแทน ไม่สอดคล้องกับภาระงาน ทั้งในขณะฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้าน โดยไม่มีการขึ้นเงินเดือนตลอดระยะเวลา 4-5 ปี จำนวนปีที่ฝึกอบรม ไม่ว่าจะ 3 ปี 4 ปี หรือ 5 ปี จบแล้วได้เงินเดือนเท่ากัน นอกจากนี้ศัลยแพทย์ทั่วไปไม่ได้เงินเพิ่มพิเศษตามภาระงานเท่าที่ควร

5. การส่งต่อมีปัญหา แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนไม่ทำผ่าตัด (ส่งต่อให้โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์) ทำให้แพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์มีภาระงานเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลที่กำหนดให้รับผู้ป่วยส่งต่อ ไม่มีเตียงรับผู้ป่วย (ต้องส่งต่อข้ามเขต ระยะทางไกล เสียเวลามาก)

6. การจัดสรรแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข จัดตามภูมิสารสนเทศ (GIS) ซึ่งไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง (เนื่องจากมีประชากรแฝง) โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ไม่ได้แพทย์ในสาขาที่ต้องการมารองรับผู้ป่วย รวมทั้งมีการจัดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไปอยู่โรงพยาบาลชุมชนซึ่งไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มที่เนื่องจากไม่มีเครื่องมือหรืออุปกรณ์หรือบุคลากรเฉพาะทางช่วยเหลือ

7. แนวโน้มมีผู้สนใจเรียนแพทย์น้อยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาระงานที่หนักและโอกาสถูกฟ้องร้องสูง ทำให้มีแพทย์มาเรียนสาขาศัลยศาสตร์โดยเฉพาะอย่างยิ่งศัลยศาสตร์ทั่วไปลดลง





## ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 8

**ข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการเยี่ยมเยียนคลีนิคแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและ  
โรงพยาบาลศูนย์ทั่วประเทศ**

**การผลิต** ส่งเสริมให้เป็นสาขาพิเศษ (คลีนิคแพทย์ทั่วไป) โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ การให้ทุน ควรให้เป็นคู่เพื่อให้สามารถอยู่ทำงานได้ สนับสนุนแพทย์ที่เป็นคนในพื้นที่ เพื่อให้อยู่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในพื้นที่ได้นานๆ

**การกระจาย** บรรจุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ให้เพียงพอก่อน ควรบรรจุในลักษณะ functional package (คลีนิคแพทย์ วิชาญญีแพทย์ วิชาญญีพยาบาล) บรรจุคลีนิคแพทย์ทั่วไปให้พอก่อน ก่อนที่จะบรรจุคลีนิคแพทย์สาขาต่อยอด

**การดำรงอยู่** ควรบรรจุแพทย์สาขาหลัก ในจำนวนที่สามารถทำงานเป็นทีม และอยู่เวรได้ (3-4 คน)

**การพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อ (Networking)** พัฒนาให้มีระบบเครือข่ายการส่งต่อที่มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

**ค่าตอบแทน** ตามสาขาขาดแคลน (เงินเพิ่มพิเศษ) ตามคุณวุฒิ ตามระยะเวลาของการฝึกอบรม มีการขึ้นเงินเดือนทุกปีระหว่างฝึกอบรม ตามภาระงาน มีแรงจูงใจหรือเงินเพิ่มค่าล่วงเวลาที่เหมาะสม

**สังคม** ต้องเข้าใจถึงสภาพความเป็นจริง และมีกฎหมายปกป้องแพทย์และคลีนิคแพทย์ที่ทำงานในสภาวะที่ขาดแคลนทั้งแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ

**สำหรับ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีปัญหาและข้อเสนอแนะโดยรวม ดังนี้**

มีการขาดแคลนคลีนิคแพทย์อย่างมาก (คลีนิคแพทย์ทั่วไปมีแห่งละ 2 คน ประสาทคลีนิคแพทย์มีแต่ที่ยะลา) แพทย์และบุคลากรอื่นๆขอย้ายออกอย่างต่อเนื่อง พยาบาลที่จะจบใหม่ 3,000 คน ตามนโยบายผลิตพยาบาลเพิ่มสำหรับ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จะจบในเดือนเมษายน 2554 แบ่งจังหวัดละ 1,000 คน จะมีปัญหาเรื่องเงินเดือน ที่พักพยาบาลที่เลี้ยง ต้องดำเนินการเพิ่มให้ครบทั้งวงจร

จากปัญหาต่างๆของศัลยแพทย์ทั้งในเรื่องภาระงานที่หนัก ค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสม ความเครียดและวิตกกังวล กับการถูกฟ้องร้อง ฯลฯ จึงได้มีการเสนอแนะให้ราชวิทยาลัยฯตั้งคณะทำงาน เพื่อศึกษาและหาแนวทางแก้ไข โดยเชิญผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมทำงาน แล้วจัดสัมมนาโดยขอให้ประธานคณะกรรมการสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพและเชิญทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมสัมมนา

**วิกฤติที่ผ่านมา รวมทั้งที่เป็นอยู่ในขณะนี้ และที่อาจเป็นวิกฤติในอนาคต มีแนวทางในการแก้ไขปัญหา และโอกาสในการพัฒนาอย่างไรบ้าง**

### **การขาดแคลนแพทย์และศัลยแพทย์ (Surgeon Workforce)**

ประเทศไทยประสบปัญหาขาดแคลนแพทย์ในชนบทเป็นจำนวนมากและรุนแรงขึ้นตามลำดับ ตั้งแต่มีการพัฒนาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมมากขึ้น ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 เป็นต้นมา อุตสาหกรรมและความเจริญก้าวหน้าของวัตถุได้แพร่ขยายเข้าสู่ชนบท โรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ก็แพร่อย่างรวดเร็วและเพิ่มมากขึ้น ประชาชนต้องการการดูแลสุขภาพมากขึ้น แต่แพทย์จำนวนมากต้องการทำงานในกรุงเทพฯและในเมืองที่มีความเจริญด้านเศรษฐกิจ อีกทั้งสถานพยาบาลเอกชนก็ยังดึงดูดแพทย์จากภาครัฐในชนบทไปอีกมากด้วย

ในปี พ.ศ. 2537 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกับทบวงมหาวิทยาลัยจัดทำโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทขึ้น ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ได้เข้าร่วมโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท โดยจัดตั้งเป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก เป็น 1 ใน 13 ศูนย์แพทย์ที่เข้าร่วมโครงการโดยร่วมมือกับมหาวิทยาลัยมหิดลรับนักศึกษา เป็นต้น

จากข้อมูลในฐานข้อมูลของแพทยสภา ณ วันที่ 31 มิถุนายน พ.ศ. 2553 มีจำนวนแพทย์ที่ลงทะเบียนทั้งหมด 40,994 คน (ชาย 24,926 คน หญิง 16,068 คน) แพทย์ที่ยังมีชีวิตมีจำนวน 39,406 คน (ชาย 23,622 คน หญิง 15,784 คน) แพทย์ที่ติดต่อได้ 37,470 คน (ชาย 22,316 คน หญิง 15,154 คน) ตามที่อยู่ใน กทม. 16,187 คน (ชาย 9,572 คน หญิง 6,615 คน) ตามที่อยู่ในต่างจังหวัด 21,283 คน (ชาย 12,744 คน หญิง 8,539 คน) สถานการณ์กำลังคนสายหลักของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



## ปาฐกถา “เปรม บรี” ครั้งที่ 8

ในปีพ.ศ. 2553 ควรมีแพทย์ 12,427 คน มีจริง 10,744 คน (ร้อยละ 86.5) ขาด 1,683 คน (กลุ่มบริหารงานบุคคล สป.สธ. 2553) กระทรวงสาธารณสุขได้วางแผนแม่บทและดำเนิน การผลิตแพทย์เพิ่มอีกปีละ 750 คน และผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มอีกปีละ 1,000 คน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 รวมทั้งเพิ่มการผลิตทันตแพทย์อีกปีละ 200 คน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548

### การผลิตแพทย์

ด้วยสถานการณ์การขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย ซึ่งมีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรเป็น 1:1,500 คน ขณะที่ประเทศสิงคโปร์ มีสัดส่วนเป็น 1:800 คน ส่วนประเทศญี่ปุ่น มีสัดส่วน 1:500 คน เมื่อพิจารณาเฉพาะในเขตกรุงเทพฯ กลับพบว่า สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรเป็น 1 : 900 คน เทียบเท่ากับประเทศอังกฤษ สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการขาดแคลนแพทย์ และการกระจายแพทย์อย่างไม่เหมาะสม แพทย์ส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในเขตเมือง ทำให้คนต่างจังหวัดไม่ได้รับการบริการทางการแพทย์หรือได้รับอย่างไม่เท่าเทียม

หากสถานการณ์การผลิตแพทย์ยังเป็นเช่นนี้ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2553 ประเทศไทยจะขาดแคลนแพทย์ระหว่าง 4,262-8,563 คน หรือเฉลี่ย 6,413 คน ทำให้คณะแพทย์ที่จัดตั้งขึ้นมาด้วยเจตนารมณ์ต้องการช่วยเหลือประชาชนในท้องถิ่นอย่างแพทย์นเรศวรจำเป็นต้องเพิ่มเติมหลักสูตรการเรียนการสอนให้ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการของคนในชุมชนมากขึ้น

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยผลิตแพทย์ได้ 13,565 คน โดยผลิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 65.8 (จาก 948 คนต่อปี ในปี พ.ศ. 2541 เป็น 1,572 คนต่อปี ในปี พ.ศ. 2551) ทำให้จำนวนแพทย์รวมเป็น 36,335 คน

นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข คาดว่าภายในปี พ.ศ. 2559 จะสามารถผลิตแพทย์ได้เพียงพอต่อความต้องการคนทั้งประเทศ แต่ยังคงหนักใจที่แพทย์กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพฯ และส่วนกลางมากที่สุด ส่วนภาคอีสาน ภาคเหนือ ยังมีสัดส่วนแพทย์ต่อคนไข้ต่ำ พร้อมทั้งกล่าวในโอกาสให้โอวาทแก่แพทย์และทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษาต่างๆ ประจำปี พ.ศ. 2553 จำนวน 1,749 คน



ขณะนํประเทศไทยยังอญในภาวะขาดแคลนแพทยและทันตแพทย ภาพรวมของแพทยที่ประกอบวิชาชีพในประเทศไทยปี พ.ศ. 2552 มีจํานวน 30,681 คน ยังขาดอํก 11,984 คน ส่วนทันตแพทยมี 9,337 คน หากเทียบกับจํานวนทันตแพทยที่ควรมีในประเทศไทยคือ 1 ตอ 3,959 จึงควรมีทันตแพทย 17,999 คน หรือไทยยังขาดทันตแพทยอํก 8,662 คน

เมือแยกเป็นรายภาคพบว่าอัตราส่วนแพทยต่อประชากรทุกภาคมีความขาดแคลนทั้งหมดยกเว้น กทม. ภาคที่ขาดแคลนมากที่สุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือแพทย 1 ตอผูววย 5,308 คน ทันตแพทย 1 ตอ 22,020 คน รองลงมาคือภาคเหนือแพทย 1 ตอ 3,279 คน ทันตแพทย 1 ตอ 14,852 คน ภาคใตแพทย 1 ตอ 3,345 คน ทันตแพทย 1 ตอ 15,918 คน และภาคกลางแพทย 1 ตอ 2,683 คน ทันตแพทย 1 ตอ 13,131 คน ส่วน กทม. แพทย 1 ตอ 850 คน ทันตแพทย 1 ตอ 4,869 คน

อยางไรก็ตาม ไดมีการเตรียมการผลิตแพทยและทันตแพทยเพิ่มใหทันต่อความต้องการ โดยปัจจุบันรับนํกศึกษาแพทยไดปีละ 2,300 คน ตั้งเบ้าอํก 6 ปี คือ พ.ศ. 2559 แพทยจะเพียงพอสำหรับประชากร ในอัตราส่วน 1 ตอ 1,500 คน ส่วนทันตแพทยจะพอเพียงคือ 1 ตอ 4,000 คน ภายใน 10 ปี พ.ศ. 2561 ส่วนปญหาที่ต้องแกไขคือการกระจุกตัวของแพทยโดยเฉพาะในเขต กทม. และส่วนกลาง

### แพทยลาออก

ดานของการผลิตแพทย เดิมมีสถาบันในการผลิตแพทยของรัฐบาลเพียง 12 สถาบันคือ คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตรโรงพยาบาลรามาธิบดี จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาลัยแพทยศาสตรพระมงกุฎเกล้า มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มหาวิทยาลัยนเรศวร วิทยาลัยแพทยศาสตรกรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล และสถาบันเอกชนอํก 1 สถาบันคือ มหาวิทยาลัยรังสิต ตอมาในระยะ 2-3 ปีหลัง ได้มีคณะแพทยศาสตรเกิดใหม่ในอํก 6 สถาบันคือ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ และมหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยในปัจจุบันเราสามารถผลิตแพทยไดปีละ 1,600 คน และจากการเพิ่ม





## ปาฐกถา “เปรม วัชร” ครั้งที่ 8

ขึ้นของคณะแพทยศาสตร์ที่กำเนิดใหม่ในสถาบันต่างๆ คาดว่าในอนาคตอีก 6 ปีข้างหน้าเราจะสามารถผลิตแพทย์ได้ถึงปีละ 8,700 คนต่อปี อย่างไรก็ตาม ศ. นพ. สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนี้ว่า จำนวนแพทย์ที่ผลิตได้ดังกล่าวอาจจะไม่เพียงพอ ซึ่งปัญหาใหญ่จะอยู่ที่การลาออกนั่นเอง

การแก้ปัญหาขาดแคลนแพทย์ นอกจากจะผลิตในระบบปกติปีละ 1,000 คนแล้ว ในปี พ.ศ. 2547-2556 ผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นอีกปีละไม่น้อยกว่า 1,200 คน มีแผนรับนักศึกษาแพทย์รวม 4 โครงการ โดยผลิตในสถาบันสังกัด กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม และกรุงเทพมหานคร 2 โครงการ ได้แก่ แผนรับนักศึกษาแพทย์ปกติของสถาบันผลิตแพทย์ปีละ 1,032 คน แผนเร่งรัดผลิตแพทย์เพิ่มของสถาบันผลิตแพทย์ปีละ 521-734 คน ส่วนอีก 2 โครงการเป็นการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทตั้งแต่ พ.ศ. 2538-2549 จำนวน 3,000 คน และโครงการเร่งรัดผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2556 จะผลิตได้ 3,807 คน หากรวม 4 โครงการจะมีแพทย์จบใหม่ในระหว่างปี พ.ศ. 2553-2562 ได้ถึง 22,242 คน ซึ่งเป็นการผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว เมื่อเทียบกับจำนวนแพทย์ที่มีอยู่ประมาณ 27,000 คน

### ปัญหาแพทย์รัฐที่ลาออกจากระบบ

น.อ.(พิเศษ)นพ.อิทธิพร คณะเจริญ รองเลขาธิการแพทยสภา กล่าวว่า การลาออกนั้นมีทุกส่วน แต่ที่สำคัญคือสำนักงานปลัดกระทรวงที่ดูแลโรงพยาบาลชุมชน (เนื่องจากเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดที่แพทย์จบใหม่จะไปใช้ทุน)

จำนวนแพทย์ที่ลาออกในแต่ละปี ปี พ.ศ. 2547 จำนวน 468 ราย ปี พ.ศ. 2548 จำนวน 663 ราย ปี พ.ศ.2549 จำนวน 777 ราย ปี พ.ศ.2550 จำนวน 785 ราย รวม 4 ปี 2,693 ราย ไม่รวมที่ลาออกจาก สำนักงานการแพทย์อื่นๆ รวมถึงกรมการแพทย์อีกจำนวนหนึ่ง

ในปี พ.ศ. 2550 ลาออก 785 คนนั้น ไปเรียนต่อ 390 ราย ไม่เกี่ยวกับเรียนต่อ 395 ราย และอีกส่วนที่อยู่ต่อได้รับทุนกระทรวงสาธารณสุขไปเรียนอีกกว่า 500 ราย เทียบกับการไหลเข้าระบบ ปีละ 1,300 คน รั่วออกปีละกว่า 800 ราย หากรวมทุนของรัฐส่งกลับไปเรียนอีกประมาณ 500 ราย เป็น 1,300 คน ทั้งนี้จะมี แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

เรียนจบกลับมาทำงานกว่า 400 คนต่อปี (แต่มีกลับเข้าไปทำงานในโรงพยาบาลใหญ่มากกว่าโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากตำแหน่งที่ต้องการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญนั้นมักต้องเป็น รพ. ที่มีศักยภาพและเครื่องมือมากกว่าโรงพยาบาลชุมชนขั้นต้น) ขณะนี้แพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขตามการรายงานของการกระจายตามภูมิสารสนเทศ ชาดแคลนกว่า 2,000 คนในชนบท การป้องกันการลาออก อนุรักษ์กำลังพลประชากรแพทย์ ให้มีความปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่พอเพียง น่าจะมีส่วนช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนได้ดีที่สุด

### จำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

จำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ในปี พ.ศ. 2550 แพทยสภาได้ออกวุฒิบัตรไปทั้งสิ้น 11,204 ใบ และหนังสืออนุมัติ 17,570 ใบ รวม 28,774 ใบ โดยมีบุคคลที่ได้รับจำนวน 20,247 คน (ร้อยละ 55.7) คิดจากแพทย์ทั้งหมด 36,335 คน และเป็นแพทย์ทั่วไปที่ไม่มีการเรียนต่อ (GP) จำนวน 16,088 คน คิดเป็นร้อยละ 44.3 โดยในส่วนี้จะมีรวมแพทย์จบใหม่ซึ่งใช้ทุน 3 ปีแรก (4,662 คน) และระหว่างเรียนผู้เชี่ยวชาญ (3,800 คน) ด้วย ดังนั้นแพทย์ GP ทั่วไปมีเพียง 7,626 คน ซึ่งส่วนหนึ่งอยู่ในกลุ่มอาจารย์อาวุโสซึ่งเกษียณอายุไปแล้ว (3,215 คน) โดยแต่ละปีจะมีตำแหน่งเรียนต่อผู้เชี่ยวชาญประมาณ 1,200 ตำแหน่ง (เปิด 1,500 ตำแหน่ง รับได้จริง 1,200 ตำแหน่ง เป็นทุนรัฐประมาณ 600 ตำแหน่ง ที่เหลือเป็นทุนอิสระ)

น.อ.(พิเศษ) นพ.อิทธิพร คณะเจริญ ได้กล่าวถึงสาขาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่มีปัญหาขาดแคลนว่า ขณะนี้แพทย์ที่ขาดแคลนจนแพทยสภาเป็นห่วงมากที่สุดคือ สูติ-นรีแพทย์ ซึ่งปัจจุบันมีจำนวน 2,701 คน แต่ต้องดูแลรับผิดชอบทารกคลอดราว 800,000 คนต่อปี เฉลี่ยแพทย์ 1 คนต่อการคลอด 300 รายต่อปี ในขณะที่ทุกการคลอดบุตรย่อมมีภาวะเสี่ยงตามธรรมชาติแม้แต่ในประเทศพัฒนาแล้วอย่างสหรัฐอเมริกา อัตราทารกคลอดเสียชีวิตสูงถึง 6.22 ต่อ 1,000 ราย (พ.ศ. 2548) ส่วนข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขไทยอยู่ที่ 4.3 ต่อ 1,000 ราย (พ.ศ. 2550) ต่ำกว่าสหรัฐ ถึงกระนั้นยังมีทารกคลอดเสียชีวิตถึง 3,433 รายในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นตามธรรมชาติที่หลีกเลี่ยงได้ยาก สูติ-นรีแพทย์จึงเป็นกลุ่มที่มีโอกาสถูกฟ้องร้องมากที่สุดไปด้วย เป็นเหตุให้แพทย์ทั่วไปกลัวและเลือกเรียนสาขานี้ลดลง ส่วนสูติ-นรีแพทย์เองที่เคยถูกฟ้อง ส่วนหนึ่งก็เปลี่ยนอาชีพหรือเลิกรับฝากครรภ์ไปแล้ว



## ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 8

สาขาที่น่ากังวลรองลงมาเป็นศัลยแพทย์ทั่วไปที่มีอยู่ 2,136 คน แม้บทบาทศัลยแพทย์ทั่วไปในการช่วยชีวิตผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นก็ตาม และจำนวนผู้ป่วยที่รอการผ่าตัดมีมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะจากอุบัติเหตุบนท้องถนนที่เพิ่มขึ้น แต่กลับพบว่าจำนวนผู้เรียนต่อศัลยแพทย์มีจำนวนน้อยลงเรื่อยๆ ไม่นับรวมศัลยแพทย์ทางสมองที่มีจำนวนน้อยเพียง 349 คน ซึ่งจำกัดอยู่เพียงในบางจังหวัดเท่านั้น

### สรุปจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่สำคัญในปี พ.ศ. 2550 มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญดังนี้

1) อายุรแพทย์ทั่วไป 3,283 คน รวมแขนงย่อยทุกแขนงทางอายุรศาสตร์ 5,578 คน ผู้เชี่ยวชาญที่มากที่สุดคือ ตจวิทยา 428 คน รองลงมาคือหัวใจ 375 คน ประสาทวิทยา 263 คน และโรคไต 249 คน ตามลำดับ

2) ศัลยแพทย์ทุกแขนงรวม 3,294 คน เป็นศัลยแพทย์ทั่วไป 1,989 คน ประสาทศัลยแพทย์ 333 คน ยูโรวิทยา 301 คน ศัลยแพทย์ตกแต่ง 259 คน ศัลยแพทย์ทรวงอก 146 คน และกุมารศัลยแพทย์ 123 คน ตามลำดับ

3) แพทย์ออร์โธปิดิกส์ จำนวน 1,337 คน

4) สูติ-นรีแพทย์ จำนวน 2,130 คน

5) กุมารแพทย์ทั่วไป 2,606 คน รวมกุมารแพทย์ทุกสาขา 3,233 คน อันดับ 1 คือ โรคหัวใจ, การหายใจ และภูมิแพ้ มีเท่ากันสาขาละ 76 คน

6) แพทย์โสต คอ นาสิก มี 806 คน รวมอนุสาขาคัดแต่ง 96 คน รวมเป็น 906 คน

7) จักษุแพทย์ 862 คน

8) วิสัญญีแพทย์ 995 คน เป็นสาขาหัวใจ 17 คน และสาขาระบบประสาท 12 คน ปี พ.ศ. 2550 ผลิตวิสัญญีแพทย์ได้ 93 คน นอกจากนี้ยังมีอนุสาขาย่อยอีกจำนวนมาก

### แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาศัลยศาสตร์

ปัจจุบัน (พ.ศ. 2552) มีศัลยแพทย์รวม 4,995 คน เป็นผู้ที่ได้รับวุฒิมัธยมศึกษา 4415 คน หนังสืออนุมัติ 695 คน ในจำนวนนี้เป็นศัลยแพทย์ทั่วไป 2,136 คน (อ.ว. 200 คน, ว.ว. 1,936 คน) ประสาทศัลยแพทย์ 349 คน (อ.ว. 35 คน, ว.ว. 314 คน) ศัลยแพทย์



ตกแต่ง 280 คน (อ.ว. 37 คน, ว.ว. 243 คน) ศัลยแพทย์ทรวงอกและหัวใจ 164 คน (อ.ว. 43 คน, ว.ว. 121 คน) ศัลยแพทย์ยูโรวิทยา 334 คน (อ.ว. 71 คน, ว.ว. 263 คน) กุมารศัลยแพทย์ 133 คน (อ.ว. 28 คน, ว.ว. 105 คน) ศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 67 คน (อ.ว. 55 คน, ว.ว. 12 คน) และศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์จำนวน 1,532 คน (อ.ว.124 คน, ว.ว. 1,408 คน)

### การผลิตแพทย์ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน หลักสูตรนานาชาติ

ปัจจุบันโรงเรียนและมหาวิทยาลัยหลายแห่งได้เปิดหลักสูตรนานาชาติเพื่อสนองตอบผู้เรียน นักเรียนนักศึกษาที่ถนัดในการใช้ภาษาอังกฤษหนึ่งในหลักสูตรนานาชาติที่กำลังจะเกิดขึ้นคือหลักสูตรแพทยนานาชาติของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว) ร่วมกับมหาวิทยาลัยเซาท์ฟลอริดา โดย มศว. ได้ยกร่างหลักสูตรแพทยนานาชาติขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2552 ถือเป็นครั้งแรกที่คณะแพทยศาสตร์ จะเปิดสอนหลักสูตรนานาชาติ

แนวคิดในการเปิดหลักสูตรนานาชาติเกิดจากในอีก 6 ปีข้างหน้า ข้อตกลงประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ที่จะมีการรวม 10 ประเทศอาเซียนให้เป็นหนึ่งเดียวกำลังจะเกิดขึ้น ทำให้เกิดเขตการค้าเสรีทั้งสินค้าและบริการ ซึ่งการศึกษาและสถานรักษาพยาบาลถือเป็นรูปแบบสำคัญรูปแบบหนึ่งของงานบริการ เกิดความจำเป็นที่จะต้องใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษากลาง ซึ่งศักยภาพของประเทศไทยเพียงพอที่จะเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ได้เป็นอย่างดี การสร้างหลักสูตรแพทยนานาชาติจึงเป็นการเตรียมพร้อมรับการพัฒนาในอนาคต

สำหรับความพร้อมของมหาวิทยาลัยในประเทศไทย เชื่อว่ามีหลายสถาบัน โดยเฉพาะสถาบันการศึกษาขนาดใหญ่มีความพร้อมและก้าวหน้าไปมากกว่าการเปิดหลักสูตรนานาชาติ เพราะใช้ผู้เชี่ยวชาญแพทย์จากต่างประเทศมาสอนนักศึกษาไทย มีโครงการแลกเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว

ส่วนมหาวิทยาลัยระดับกลางหรือเพิ่งเปิดใหม่ อาจยังอยู่ในระหว่างการพัฒนา แต่ก็ต้องพิจารณาอย่างละเอียดอีกครั้ง เช่น มีอาจารย์แพทย์ครบตามจำนวน มีสถานฝึกอบรบรองรับ มีเครื่องมืออุปกรณ์พร้อมหรือไม่ ศักยภาพในการผลิตแพทย์ในแต่ละปี เป็นต้น





## ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 8

### บทบาทของโรงพยาบาลเอกชน ในการผลิตนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน Fellowship Training และการศึกษาต่อเนื่อง

คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลกและโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ จัดพิธีลงนามบันทึกความร่วมมือในการผลิตแพทย์ นับเป็นครั้งแรกของประเทศไทยที่คณะแพทยศาสตร์ ในสถาบันระดับอุดมศึกษาของรัฐ เชื่อมั่นในศักยภาพของโรงพยาบาลเอกชนไทย ในการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์ เพื่อสนองนโยบายของรัฐบาลตามโครงการผลิตแพทย์เพิ่ม และสอดคล้องกับนโยบายการผลักดันให้ไทยเป็นศูนย์กลางด้านการรักษาพยาบาลของเอเชีย (Thailand: The Medical Hub of Asia)

จากการวิเคราะห์จำนวนแพทย์ต่อประชากรพบว่าในปัจจุบันประเทศไทยมีขาดแคลนแพทย์เป็นจำนวนมาก คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยความร่วมมือของโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ จึงจัดการลงนามบันทึกข้อตกลงเรื่องความร่วมมือในการผลิตแพทย์ ภายใต้กรอบบันทึกความร่วมมือฉบับนี้ ทางมหาวิทยาลัยกับโรงพยาบาล จะร่วมมือกันในการผลิตแพทย์ที่มีมาตรฐานสากล เพื่อสนองนโยบายของรัฐบาลตามโครงการผลิตแพทย์เพิ่ม โดยทางโรงพยาบาลฯ จะจัดอาจารย์ผู้สอนเพื่อสอนนักศึกษาแพทย์ ตลอดจนสื่อการเรียนการสอนต่างๆ อย่างครบถ้วน เพื่อมุ่งพัฒนาและเพิ่มพูนความเชี่ยวชาญในด้านต่างๆ รวมถึงการศึกษาวิจัย และการให้บริการด้านการแพทย์ในสาขาต่างๆ นักศึกษาแพทย์กลุ่มแรกตามโครงการนี้กำหนดเข้ารับการศึกษานในโรงพยาบาลฯ ได้ในปี พ.ศ. 2550 โดยคาดว่าจะมีนักศึกษาแพทย์เข้าร่วมโครงการประมาณ 30 คนต่อปี

### การกระจายของแพทย์

ทั่วประเทศมี สถานีนามัย/โรงพยาบาลตำบล 9,770 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 746 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 70 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่ง โรงพยาบาลภาครัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน 429 แห่ง คลินิกเอกชน 16,800 แห่ง

น.อ.(พิเศษ) นพ.อิทธิพร คณะเจริญ รองเลขาธิการแพทยสภา เปิดเผยว่า จากฐานข้อมูลจำนวนแพทย์ของแพทยสภาล่าสุดในเดือนมกราคม พ.ศ. 2553 มีแพทย์ในทะเบียนทั้งสิ้น 39,187 คน ในจำนวนนี้นับเฉพาะแพทย์ที่มีชีวิตอยู่ 37,615 คน จะมี

แพทย์ที่เกษียณอายุราชการแล้วจำนวน 4,197 คน (ร้อยละ 9) ขณะที่แพทย์จบใหม่ อายุระหว่าง 24-30 ปี มีจำนวน 9,642 คน (ร้อยละ 26) ซึ่งในแพทย์จบใหม่จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากโครงการผลิตแพทย์เพิ่ม โดยในปี พ.ศ. 2553 จะมีแพทย์จบใหม่เข้าสู่ระบบราว 1,700 คน และจะเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 2,000 คนในปีถัดไป (2554) และหลังจากปี พ.ศ. 2555 จะสูงถึง 2,500 คนต่อปี ทั้งนี้เป็นผลมาจากนโยบายผลิตแพทย์เพิ่มที่แพทยสภาร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ทั้ง 18 แห่ง ได้ดำเนินการมา 6 ปีก่อนหน้านี้ ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนนักเรียนแพทย์ที่อยู่ในระบบการผลิตทั้งสิ้นกว่า 13,000 คน และทยอยจบออกไปสู่สังคมทุกปี

ดังนั้นสถานการณ์ปัญหาขาดแคลนแพทย์ในชนบทอีก 2-3 ปี จากนี้จะมีบรรเทาไปได้มาก แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับความสามารถของกระทรวงสาธารณสุขที่จะดูแลแพทย์ใหม่เหล่านี้ ให้เขาสามารถทำงานอย่างมีความสุขอยู่ในชุมชนได้นานแค่ไหน ปริมาณแพทย์ในอนาคตที่จะจบออกมาในแต่ละปีนั้นในที่สุดจะมากกว่าจำนวนที่โรงพยาบาลชุมชนต้องการ และต้องระลึกว่าแพทย์คนหนึ่งนั้นมียุทธการทำงานดูแลรับใช้ผู้ป่วยต่อเนื่องได้ถึง 35 ปี หรือจนกว่าจะเกษียณอายุ หากดูแลดีพอ

ในจำนวนแพทย์ทั้งหมดนี้ อยู่ในภาครัฐรวมประมาณ 25,500 คน เป็นโรงเรียนแพทย์ประมาณ 8,000 คน และหน่วยงานอื่นๆประมาณ 17,500 คน และภาคเอกชนเต็มเวลาประมาณ 5,000 คน

ก. ภาครัฐ ส่วนผลิตและฝึกฝนแพทย์ (ประชากรแพทย์ 8,000 คน ร้อยละ 25) ได้แก่ โรงเรียนแพทย์ทั้ง 17 แห่ง ที่มีอาจารย์แพทย์ราว 4,000 คน และมีแพทย์ประจำบ้าน หรือแพทย์ที่ฝึกหัดเป็นผู้เชี่ยวชาญอีก 3,800 คน ที่จบเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้กับสังคม ปีละกว่า 1,200 รายในแต่ละสาขา และนักเรียนแพทย์ 6 ชั้นปี อีกรวม 7,800 คน ที่จะทยอยจบอีกปีละ 1,400-1,500 ราย

แพทย์กลุ่มนี้จะดูแลผู้ป่วยโรคซับซ้อนโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลากหลายแขนง (เช่น โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลจุฬาฯ) มีการใช้เทคโนโลยีสูง ราคาสูง มีกระบวนการคุมมาตรฐานได้ดี มีระบบแก้ปัญหาการบริการชัดเจน ไม่ขาดแคลนแพทย์ เป็นผู้นำด้านวิชาการแพทย์ ส่วนนี้จึงมักเป็นผู้สร้างชื่อเสียงในด้านวิชาการให้กับประเทศ



## ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 8

ข. ภาครัฐ ส่วนให้บริการประชาชน (ประชากรแพทย์ 17,500 คน ประมาณร้อยละ 55) ส่วนใหญ่ที่มักนึกถึงกระทรวงสาธารณสุขที่มีบทบาทมากที่สุด ที่เป็นตัวแทนของแพทย์ ซึ่งมีแพทย์ 14,500 คน (ร้อยละ 80) ที่เหลือเป็น ภาครัฐอื่นๆ คือ โรงพยาบาลของทหาร ตำรวจ (2,000 คน) สังกัดอื่นๆ เช่น กทม. (วชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลเจริญกรุง) รัฐวิสาหกิจ กระทรวงอื่นๆ (1,000 คน)

ส่วนกระทรวงสาธารณสุขนั้น แพทย์กระจายใน 2 กลุ่มคือ

**กลุ่มที่ 1.** อยู่ในโรงพยาบาลทั้ง 900 แห่ง ดูแลตั้งแต่ชุมชน หรืออำเภอไปจนถึงจังหวัด และ โรงพยาบาลศูนย์ในภาคต่างๆ (11,000-12,000 คน)

**กลุ่มที่ 2.** สถาบันฯ และโรงพยาบาลในกรมการแพทย์ใหญ่ๆ ใน กทม. อีกหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตน์ ฯลฯ รวมถึงผู้บริหารระดับต่างๆ ของกระทรวง (2,000-3,000 คน) โดยปัจจุบันมีปัญหาในการบริหารจัดการค่อนข้างมาก จากโครงสร้างอันใหญ่โต ซับซ้อนขององค์กร ทั้งมีการตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (30 บาทรักษาทุกโรค) แต่กลับทำให้การบริหารจัดการซับซ้อนมากขึ้น คล้ายกับมี 2 กระทรวงอยู่ด้วยกัน นโยบาย 30 บาททุกโรค ได้เพิ่มเติมและเอื้อสิทธิประโยชน์ให้ประชาชนมากมาย แต่บุคลากรทางสาธารณสุข การดูแลอนุรักษ์กำลังพลในระบบนี้กลับไม่ขยายตามในสัดส่วนที่เหมาะสม (แพทย์ผู้ให้บริการขาดอยู่กว่า 2,000 คน) ภาระงานที่มากขึ้น การฟ้องร้องที่ดูเหมือนจะมากขึ้น ทำให้เกิดการไหลของแพทย์ชุมชน กลุ่มนี้ออกไปอยู่ในรัฐสังกัดอื่นๆ หรือออกไปอยู่โรงพยาบาลเอกชนเต็มตัวเพิ่มมากขึ้น (ประมาณ 5,000 คน) รวมถึงเปลี่ยนอาชีพ (อีกราว 4,000 คน)

หากมองกลุ่มของปัญหาการให้บริการต่อประชาชน พบว่าอยู่ที่กลุ่มที่ 1 ขึ้นกับสำนักงานปลัดฯ คือ โรงพยาบาลชุมชน (713 แห่ง แพทย์ 5,700 คน ดูแลประชาชน 40 ล้านคน) จนถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (112 แห่ง แพทย์ 6,900 คน ดูแลประชาชน 18 ล้านคน) เป็นหลัก ที่ขาดแคลนแพทย์ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน 713 แห่ง มี โรงพยาบาลขนาดเล็ก 590 แห่ง ดูแลประชากร 27 ล้านคน ด้วยแพทย์ 3,000 คนโดยที่ยังขาดแพทย์อีกกว่า 2,000 คน (แพทย์จบปีละ 1,300-1,500 คน ประมาณ 3,000 คนเป็นแพทย์ส่วนใหญ่ในกลุ่มนี้) โรงพยาบาลเหล่านี้เป็นห่วงมากที่สุด เพราะทรัพยากรรัฐไม่เพียงพอ อุปกรณ์น้อยกว่าโรงพยาบาลใหญ่ๆ มีปัญหาทั้งการฟ้องร้อง จาก



ประสบการณ์แพทย์น้อย ทำงานระยะสั้นๆ 3 ปี (เมื่อใช้ทุนหมด ลาออกไปเรียนต่อ ปีละ 800-1,000 คน หรือย้ายไปอยู่สังกัดอื่นที่ภาระงานน้อยและปลอดภัยกว่า) ทั้งที่รับผิดชอบประชาชนมากที่สุดของประเทศ และรายได้น้อยกว่าแพทย์ในกลุ่มอื่นๆ แม้จะมีการเพิ่มค่าต่างๆ ให้ก็ยังต่ำกว่า เมื่อเทียบเวลาการทำงานต่อชั่วโมงและความเสี่ยง ประชาชนย่อมไม่ได้รับการบริการพื้นฐานที่พอเพียงจากทรัพยากรที่จำกัดเหล่านี้

หากรัฐต้องการคุณภาพ สิ่งแรกต้องทำให้ผู้ให้บริการพอเพียงก่อน มิเช่นนั้นงานที่เกินกำลัง การตรวจผู้ป่วยกว่า 100 รายและถึง 200 รายในบางที่ ในขณะที่มาตรฐานไม่ควรเกิน 40 ราย (ระดับโรงเรียนแพทย์) ย่อมมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายกว่า เพราะทำงานต่ำกว่ามาตรฐานโลก

**ค. ภาคเอกชน** ส่วนใหญ่ให้บริการประชาชน (ผลิตแพทย์ 1 สถาบัน) (ประชากรแพทย์ 5,000 คน หรือประมาณร้อยละ 15) เมื่อมีปัญหา มักจะถูกมองภาพเป็นการค้า ทั้งที่แพทย์ร้อยละ 80 อยู่ในภาครัฐ และอีกน้อยกว่าร้อยละ 5 ไปทำอาชีพอื่นๆ จนถึงเรียนและทำงานอยู่ในต่างประเทศ

ระบบเอกชนในต่างประเทศเป็นการเติมช่องว่างของระบบบริการ บางรายพัฒนาเป็นศูนย์การแพทย์ระดับใหญ่ และการพัฒนาหลายด้านมาจากภาคเอกชนที่ไม่มีปัญหาเรื่องงบประมาณเท่าภาครัฐ แต่ต้องควบคุมเรื่องผลประโยชน์ให้เหมาะสม เพราะธุรกิจนี้มีผลต่อคุณภาพชีวิต ปัจจุบันมีหลายหน่วยงานควบคุมอยู่แล้ว มหาวิทยาลัยต่างๆ ทางการแพทย์ในต่างประเทศ เช่น เมโยคลินิก หรือสถาบันใหญ่ๆ ทั้งหลายที่มีงานวิจัยสร้างผู้เชี่ยวชาญระดับโลก ก็เป็นองค์กรเอกชนเช่นกัน แพทย์รัฐเองส่วนหนึ่งที่มีรายได้จำกัดจากรัฐ ก็ใช้เวลานอกทำการมาทำงานให้เอกชนเพื่อเพิ่มรายได้ให้เพียงพอ แต่มิใช้ทุกคน รวมถึงการเปิดคลินิกเอกชนในชุมชนเมืองต่างๆ ให้ชาวบ้านเข้าถึงนอกเวลาได้มากขึ้นสะดวกขึ้น

กลุ่มเหล่านี้ พื้นฐานปัญหาเกิดจากการคิดค่ารักษาพยาบาลที่สูง การโฆษณาโดยเฉพาะธุรกิจด้านความงาม และ การใช้เทคโนโลยีราคาแพง กลไกรัฐต้องเข้ามาดูแลอย่างใกล้ชิด การฟ้องร้องเรียนจากความไม่พึงพอใจ เป็นเรื่องปกติที่พบได้บ้าง สถานพยาบาลเหล่านี้จำเป็นต้องการแพทย์ระดับผู้เชี่ยวชาญมีฝีมือเพื่อมาสร้างชื่อเสียงมากกว่า





## ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 8

แพทย์จบใหม่ฯ 3 ปีแรกของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นจึงยังมีไขปัญหาโดยตรงที่จะดึงแพทย์จากชนบทไปง่าย ๆ

**สรุปภาพรวมของปัญหาของวงการแพทย์ในบ้านเรา ต้องมองภาพตั้งแต่เริ่ม  
วิจัยกันว่า**

1. ผลิตได้ปีละกว่า 1,500 คน นั้นเต็มที่ จนคุณภาพอาจเริ่มด้อยหากมากกว่านี้
2. แพทย์ต้องมีการใช้ทุนและเรียนต่อเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อมารับใช้สังคมในบริบทโรคที่ยากขึ้น (แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 20,247 คนจาก 36,000 คน)
3. การขาดแคลนจริงในชนบทเกิดขึ้นจริงทั้งปริมาณและคุณภาพของแพทย์ที่ฝากไว้กับน้องใหม่ (แพทย์ใหม่กว่า 3,000 คนจากแพทย์ 5,700 คน ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก-กลาง)

**แนวทางแก้ไข ต้องมองภาพรวมทั้งระบบประชากรแพทย์ หากสร้างขึ้นใหม่  
ใช้เวลา 6 ปี คงไม่เพียงพอ**

1. ต้องสร้างภูมิคุ้มกันให้แพทย์ด้วยคุณธรรม จริยธรรม ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงลงได้ระดับหนึ่ง
2. ปรับภาระงาน ค่าตอบแทนสร้างคุณภาพชีวิตให้เหมาะสม
3. รัฐต้องสร้างระบบอนุรักษ์แพทย์เชิงบวก ให้แพทย์รักที่จะอยู่ต่อในระบบ (มิใช่เพียงใช้กฎเกณฑ์บังคับ)
4. นำพลังแพทย์จำนวนมากที่อยู่นอกระบบ แพทย์เกษียณอายุแล้วแต่ยังคงมีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ แพทย์หน่วยอื่นๆ รวมถึงแพทย์ประจำบ้านที่อาจต้องสร้างระบบให้ลงชุมชนมากขึ้น สร้างระบบรัฐร่วมเอกชน นำแพทย์เอกชนเองมาช่วยดูแลคนใช้รัฐในบางวันเวลาที่ขาดแคลน หรือทำสหระบบ เช่น โรงพยาบาลรามธิบดี ร่วมกับโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งรักษาคนใช้รัฐ ในโรงพยาบาลเอกชน โดยถือเสมือนว่า แพทย์ทุกคนในประเทศล้วนมีภารกิจเพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนเช่นเดียวกัน ไม่ว่าจะอยู่ในภาคใด

กำลังแพทย์อีกกว่า 27,000 คนนอกชนบทอาจมาช่วยรับภาระของโรงพยาบาลชุมชนในชนบทซึ่งมีแพทย์เพียง 5,700 คนได้โดยสมัครใจภายใต้กรอบที่ชัดเจน โดยรัฐต้องคุ้มครองสวัสดิภาพของแพทย์ผู้สุจริต มิให้ต้องตกไปในคดีอาญาเสียก่อน มือแพทย์ที่มีคุณธรรมต่างๆจึงกล้าหยิบยื่นไปร่วมกันแก้ปัญหาคาราคาเขินแพทย์ในชนบท ที่เป็นวาระแห่งชาติในปัจจุบันนี้ได้

5. สร้างมาตรการ คุ้มครองทางกฎหมายอาญาต่อแพทย์สุจริต รวมถึงการออกกฎหมายชดเชยผู้ได้รับความเสียหายทางการแพทย์ ที่สามารถปฏิบัติได้จริงตามข้อเท็จจริงทางสาธารณสุขในปัจจุบัน

ในการแก้ไขทั้ง 5 ประการนี้หากกระทำได้ก็จะช่วยลดความขัดแย้งซึ่งเกิดจากปัญหาของระบบที่ไม่พอเพียง และจากการกระจายแพทย์ไม่สมดุลได้เป็นอย่างมากแน่นอน

### ปัญหาการฟ้องร้อง

ในปัจจุบันการฟ้องร้องระหว่างแพทย์กับประชาชนเป็นเรื่องที่พบได้บ่อยในสื่อต่างๆ ปัจจุบันมีแพทย์ที่ลงทะเบียนกับแพทยสภาเพียง 36,000 คน ที่ติดต่อได้ อยู่ในประเทศและยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 32,000 คน ดูแลประชาชน 60 กว่าล้านคนในประเทศไทย กล่าวคือ 1 ต่อ 2,000 คน ประชากรแพทย์ที่ให้บริการนั้น อยู่ในภาคเอกชนเต็มตัวเพียง 5,000-6,000 คน อยู่ในภาครัฐ มากถึง 26,000-28,000 คน เป็นแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุข ครึ่งหนึ่งคือประมาณ 14,500 คน ที่เหลืออยู่ใน รพ.รัฐอื่นๆ คือ อาจารย์ แพทย์ประจำบ้าน และผู้เชี่ยวชาญ 8,000 คน ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขนาดใหญ่ของรัฐ เช่น โรงพยาบาลจุฬา โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี (เพียงเล็กน้อยอยู่ที่มหาวิทยาลัยเอกชน เช่น มหาวิทยาลัยรังสิต) อีก 2,000 คนอยู่ในภาคทหาร ตำรวจ และอีก 1,000 คนอยู่ในภาครัฐ อื่นๆ เช่น กทม. ราชทัณฑ์ การไฟฟ้า ฯลฯ นอกจากนั้น เปลี่ยนอาชีพเป็นผู้บริหาร ธุรกิจ นักการเมือง หรืออื่นๆไปแล้ว อีกประมาณว่าในราว 3,000-4,000 คน ไม่รวมที่เกษียณอายุ และอยู่ต่างประเทศ

ประชากรแพทย์ที่ทำงานนั้นร้อยละ 75 อยู่ในภาครัฐ โดยที่มีมากกว่าครึ่งของกลุ่มนี้ยังคงต้องไปทำงานนอกเวลาในภาคเอกชนด้วย เพื่อให้ดำรงอยู่ในภาครัฐได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและครอบครัวไม่เดือนร้อน ด้วยเหตุที่แพทย์รัฐ มีเงินเดือนเริ่มต้นเพียง



## ปาฐกถา “เปรม ภูมิ” ครั้งที่ 8

9,300 บาท เมื่อจบใหม่ (เรียน 6 ปี) และ 12,000 บาท เมื่อจบผู้เชี่ยวชาญ (เรียน 6 ปี ใช้ทุน 3 ปี เรียนต่อ 3 ปี รวมเป็น 12 ปี) อายุที่ระดับ 30 ปี ซึ่งน้อยมากเมื่อเทียบกับภาระงาน และวุฒิการศึกษาในสายงานอื่นที่ระดับเดียวกัน และแม้จะมีค่าเวรเพิ่ม (ที่ต้องทำงานนอกเวลา) และค่าวิชาชีพร่างๆ ยังคงต่ำมาก โดยหากเทียบกับแพทย์เอกชนเต็มตัว มีรายได้เฉพาะทำงานในเวลาทำการปกติ เพียง 40 ชม. ในระดับ 8 หมื่น ถึง 1 แสนบาท ยังมีความห่างไกล แต่แพทย์เหล่านี้ยังคงรักการทำงานในโรงพยาบาลรัฐ

ประชากรแพทย์ 32,000 คนนั้นดูแลประชาชนทั้งประเทศกว่า 60 ล้านคน มีการตรวจผู้ป่วยนอกกว่า 180 ล้านครั้งต่อปี หรือวันละราว 5 แสนครั้ง (เทียบจากข้อมูลของ สปสช.) ประชาชนผู้ได้รับบริการรักษาพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่ใช้บริการในภาครัฐ ใช้สิทธิต่างๆ ได้ เช่น บัตรทอง (30 บาทเต็ม) อยู่ที่กว่า 40 ล้านคน ชำราชกรกว่า 7 ล้านคน และประกันสังคมกว่า 8 ล้านคน ในโรงพยาบาลรัฐพันกว่าแห่ง เอกชนมีบ้างเป็นส่วนน้อยเมื่อเทียบกับปริมาณงานทั่วประเทศ

โดยใน 76 จังหวัด มีโรงพยาบาลรัฐ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กว่า 900 แห่ง อยู่ในอำเภอระดับต้นและกลาง 720 แห่ง ในอำเภอต่างๆ โดยมีแพทย์เพียง 5,000 คน (จาก 14,500 คน) ที่ดูแลโรงพยาบาลด่านหน้าทุกอำเภอเหล่านี้ และมีค่าเฉลี่ยการดูแลคนไข้ในชุมชน ด้วยการตรวจโอพีดีที คนละ 80-200 คนต่อวัน มีเวลาทำงาน สัปดาห์ละ 94 ชั่วโมง มากกว่าเวลาทำงานปกติ ถึง 2 เท่า (40 ชม.) โดยในระดับโรงพยาบาลเล็กๆ นั้นมีแพทย์เพียง 2-3 คน เท่านั้น และเป็นแพทย์ที่จบในช่วง 3 ปีแรก เป็นส่วนใหญ่

การผลิตประชากรแพทย์ในปัจจุบัน จากโรงเรียนแพทย์ทั้ง 17 แห่งผลิตแพทย์ใหม่ให้กับชุมชน มีนักศึกษาในระดับ 6 ปีการศึกษาอยู่ 7,800 คน จบมาในปีที่แล้วกว่า 1,500 คน ในปีนี้ลดลง ขณะนี้มีลงทะเบียนเพียง 1,362 คน กำลังพลสายแพทย์ที่เร่งผลิตนั้นสะท้อนกลับในเรื่องของคุณภาพ ทำให้แพทย์สภาต้องจัดตั้งศูนย์ประเมินมาตรฐานขึ้นมาเพื่อสอบเทียบคุณภาพทั่วประเทศ พบว่าการสอบไม่ผ่านมาตรฐานมีจำนวนหนึ่ง เพราะการเรียนการสอนนั้นจำต้องใช้การเรียนรู้ออกจากจำนวนผู้ป่วย เช่น การผ่าตัด การทำคลอด หากมีจำนวนนักเรียนมากขึ้น ย่อมต้องแบ่งกันเรียนรู้ ทำให้ทักษะลดลงกว่าเดิมชัดเจน



## ศัลยกรรมไทย: อดีต ปัจจุบันและอนาคต

อย่างไรก็ตามมากกว่าร้อยละ 90 ของแพทย์ที่จบการศึกษาในแต่ละปีนั้นจะต้องไปใช้ทุนให้กับกระทรวงสาธารณสุขอยู่แล้ว ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า เมื่อตัดสินใจเรียนแพทย์จะต้องไปทำงานให้กับกระทรวงสาธารณสุขค่อนข้างแน่นอน ในปีที่ผ่านมาแพทยสภาส่งแพทย์ที่จบใหม่ให้กับกระทรวงสาธารณสุข 1,315 คน จากกว่า 1,500 คน พบว่าเมื่อผ่านไป 1 ปี ลาออก 780 คน ทั้งที่กระทรวงสาธารณสุขยังคงขาดแคลนแพทย์อีกถึง 2,000 คนตาม GIS และที่น่าจะลำบากต่อไปในอนาคตคือ นักศึกษาแพทย์ใหม่ที่เข้ามาในปีที่ผ่านมา สละสิทธิเป็นจำนวนมาก จนต้องเรียกรอบ 2 และรอบ 3 คุณภาพคะแนนที่ลดลงในการเข้าเรียนนั้น จะมีผลกระทบต่อค่าบริการสาธารณสุขอย่างไรหรือไม่ คงไม่นานเกินรอ หากนักศึกษาแพทย์เหล่านี้สอบผ่านมาตรฐานทั้ง 3 ชั้นตอน ซึ่งไม่รู้ว่าจะผ่านจำนวนเท่าใด เพื่อให้มีมาตรฐานพอที่จะไปรับผิดชอบชีวิตประชาชน และออกไปแล้วการปฏิบัติงานในสังคมจะราบรื่นหรือไม่

ทุกซ์ของแพทย์ในชนบท 2,700 ชีวิตที่ดูแลประชาชนใน 500 โรงพยาบาลขนาดขั้นต้นนั้นที่ยังคงมีการขาดแคลนถึงราว 2,000 คนตามลักษณะการกระจายของประชากร โดยทุกปีจะมีการเข้าและออกของแพทย์กลุ่มนี้มากกว่า 500 คน ทำให้การขาดแคลนยังคงมีต่อเนื่อง การผลิตเพิ่มโดยต้องมีคุณภาพดูจเดิมเป็นเรื่องที่ทำไม่ง่าย

การตรวจรักษาให้มีคุณภาพเท่ากันระหว่างโรงพยาบาลที่มีแพทย์สมดุลง มีเวลาให้ผู้ป่วย 10-15 นาที กับโรงพยาบาลชนบทที่ต้องตรวจรายละ 1-2 นาที เพราะผู้มารับการรักษามากล้นห้องตรวจนั้น เป็นคนละบริบทกัน เวลาน้อย คุณภาพดี การตรวจละเอียด การบันทึกประวัติให้ชัดเจน ล้วนต้องใช้เวลา หากระบบคงเป็นเช่นนี้ และมีการฟ้องร้องจนแพทย์ระส่ำระสาย แพทย์ในชนบทกลับเป็นกลุ่มที่เปราะบางส่วนแรกที่จะหวั่นไหวและออกจากระบบ ซึ่งวัฏจักรเลวร้ายนี้ เริ่มขึ้นจากคดีอาญาที่แพทย์หญิงผู้มีได้อยู่เวย ใน รพ. ที่ควรมีแพทย์ 17 คนแต่มีเพียง 7 คนทำงาน ขึ้นมาช่วยผ่าตัด และผู้ป่วยเสียชีวิต จนศาลชั้นต้นพิพากษาจำคุก

จากข้อมูลของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยที่ นพ.ทองดี ชัยพานิช และ นพ.พรเทพ เปรมโยธิน ผู้อำนวยการราชวิทยาลัยฯ ได้รวบรวมไว้ ในเรื่องข้อร้องเรียนทางศัลยกรรมที่ราชวิทยาลัยฯ ได้รับเรื่องขอความเห็นจากแพทยสภาในระหว่างปี พ.ศ. 2545-2551 มีจำนวนทั้งหมด 264 คดี เฉลี่ย 38 คดีต่อปี เป็นเรื่องทางศัลยกรรม





## ปาฐกถา “เปรม วัรี” ครั้งที่ 8

ทั่วไปร้อยละ 39.29 ศัลยกรรมตกแต่งร้อยละ 18.93 ศัลยกรรมประสาทร้อยละ 18.93 ศัลยกรรมยูโรวิทยาร้อยละ 8.21 และทางศัลยกรรมทรวงอกและหัวใจร้อยละ 6.79 ในจำนวนนี้เป็นเพศชาย 130 คน (เสียชีวิต 52 คน) เป็นเพศหญิง 131 คน (เสียชีวิต 41 คน) โรคหรือกลุ่มโรคที่พบบ่อยได้แก่ ไล่ตั้งอีกเสบ 33 ราย เสียชีวิต 11 ราย (ร้อยละ 33.33) บาดเจ็บสมอง 26 ราย เสียชีวิต 20 ราย (ร้อยละ 76.92) บาดเจ็บอื่นๆ 44 ราย เสียชีวิต 18 ราย (ร้อยละ 40.91) ศัลยกรรมเสริมสวยใบหน้า 20 ราย ศัลยกรรมเสริมเต้านม 17 ราย (เสียชีวิต 1 ราย) ศัลยกรรมเสริมสวยอื่นๆ 7 ราย สาเหตุสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติร้องเรียนแพทย์เนื่องจากขาดความเชื่อมั่นและไม่ไว้วางใจแพทย์ สาเหตุที่ผู้ป่วยและญาติเกิดความไม่พึงพอใจได้แก่ 1). ให้บริการล่าช้า 2). วินิจฉัยคลาดเคลื่อนรักษาไม่ได้ผล หรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง 3). บกพร่องในการสื่อสาร 4). ความสับสนยุ่งยากในระบบการส่งต่อที่ไม่เป็นไปตามข้อเท็จจริง 5). ขาดความเอาใจใส่ของแพทย์ 6). ค่าใช้จ่ายสูง ส่วนปัจจัยของแพทย์เองที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไม่พึงพอใจได้แก่ 1). การรู้เท่าไม่ถึงการณ์ 2). การขาดทักษะและประสบการณ์ 3). ความผิดพลาดทางเทคนิค 4). ความประมาทเลินเล่อ ไม่ติดตามการรักษา 5). บกพร่องในการสื่อสารและชี้แจง 6). ทำในสิ่งที่ไม่ได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้า และ 7). การไม่รักษาจรรยาบรรณ นอกจากนี้พฤติกรรมของญาติผู้ป่วยที่บ่งว่าจะมีการร้องเรียนแพทย์ได้แก่ 1). ญาติผู้ป่วยตามพยาบาลหรือแพทย์ไปตรวจดูอาการผู้ป่วยบ่อยครั้ง 2). ญาติหรือผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา 3). ญาติหรือผู้ป่วยขอเปลี่ยนแพทย์หรือย้ายสถานพยาบาล 4). ญาติผู้ป่วยรับไม่ได้ที่ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง 5). ญาติขอให้มีการตรวจชันสูตรศพเพื่อทราบข้อเท็จจริง 6). ญาติหรือผู้ป่วยแจ้งข่าวแก่สื่อมวลชน 7). ญาติหรือผู้ป่วยอ้างสิทธิขอสำเนาเวชระเบียนโดยไม่ให้เหตุผลที่แท้จริง

จากกรณีศาลจังหวัดทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ในคดีที่แพทย์หญิงประจำโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราชคนหนึ่งถูกฟ้องคดีอาญาจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยการฉีดยาเข้าไขสันหลังเพื่อการทำผ่าตัดผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ แล้วผู้ป่วยเกิด cardiac arrest ศาลชั้นต้นได้มีคำพิพากษาเมื่อวันที่ 6 ธันวาคม 2550 ว่า แพทย์มีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 291 ที่บัญญัติว่า “ผู้ใดกระทำโดยประมาทและการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปีและปรับไม่เกินสองหมื่นบาท” โดยพิพากษาจำคุกแพทย์เป็นเวลา 3 ปี ผลจาก

คำพิพากษาของศาลชั้นต้นดังกล่าวนี้ทำให้เกิดความตื่นตระหนกต่อวงการแพทย์และโดยเฉพาะอย่างยิ่งวงการศัลยกรรมเป็นอย่างยิ่ง ยังโชคดีที่ว่า ต่อมาเมื่อวันที่ 11 กันยายน 2551 ศาลจังหวัดทุ่งสงได้อ่านคำพิพากษาศาลอุทธรณ์โดยได้วินิจฉัยว่า แพทย์มิได้กระทำโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามฟ้อง จึงพิพากษากลับคำพิพากษาของศาลชั้นต้นให้ยกฟ้องจำเลย

ในเรื่องของการฟ้องร้องที่มีมากขึ้น ศ. นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา ให้อข้อมูลว่า จะส่งผลกระทบต่อแพทย์ดังนี้คือ ทั้งแพทย์และผู้ป่วยมีความทุกข์ แพทย์ไม่มีสมาธิในการทำงาน เสียเงินในการสูติ เสียเวลา หมดกำลังใจในการทำงาน ทนายได้เงินจากทั้งสองข้าง บางครั้งเงินที่ได้ไม่พอค่าทนาย เกิดแนวคิดการถูกลอตเตอรี่จากการฟ้องร้องในหมู่ประชาชน เกิดความระแวงระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย มีการรักษาแบบป้องกันฟ้องร้องมากขึ้น ใช้จ่ายมาก ตรวจแล็บมาก ค่ารักษาพยาบาลแพงขึ้น มีการประกันการฟ้องร้อง คนเก่งเลือกเรียนแพทย์น้อยลง ห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลขนาดเล็กจะปิดหมด ผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดจะถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลใหญ่ แพทย์โรงพยาบาลใหญ่มีงานมากก็จะลาออก แพทย์จะหลีกเลี่ยงการรักษาผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนสูง โดยให้ผู้ป่วยเซ็นไม่ยินยอม แพทย์จะไม่ยอมไปช่วยผู้ป่วยที่มีอาการหนักโดยที่ตนเองไม่ได้เป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบโดยตรง นักศึกษาแพทย์ที่จบใหม่ไม่กล้าที่จะออกไปดูผู้ป่วย แพทย์ขาดความมั่นใจ เปลี่ยนอาชีพไปทำงานที่ไม่ต้องดูแลผู้ป่วย นักศึกษาแพทย์เลือกสาขาวิชาชีพจากอัตรากារฟ้องร้อง ส่วนสิ่งที่ควรแก้ไขในเรื่องการฟ้องร้อง ศ. นพ.สมศักดิ์ กล่าวว่า “ไม่ควรมีการฟ้องร้องแพทย์ในคดีอาญาจากการรักษาพยาบาล เพราะแพทย์ไม่มีเจตนาฆ่าหรือทำร้ายผู้ป่วย ควรมีการกำหนดเขตแดนในการฟ้องร้อง ควรมีกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีผลกระทบจากการรักษาพยาบาล ควรมีการพิจารณาไกล่เกลี่ยก่อนการฟ้องศาล ต้องลดภาระงานของแพทย์ให้มีเวลาพักผ่อน และให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วย สถานพยาบาลต้องร่วมรับผิดชอบ และเมืองค็กรช่วยเหลือแพทย์ที่ถูกฟ้อง” ด้านมุมมองที่เปลี่ยนไปในสังคมไทย ศ. นพ.สมศักดิ์ กล่าวว่า “เมื่อก่อนการตัดสินใจแล้วแต่แพทย์ ผู้ป่วยและญาติ เห็นว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ไม่คาดหวัง ถ้ารอดถือว่าโชคดี หากแพทย์รักษาโดยไม่คิดเงินถือเป็นบุญคุณ ไม่มีการชดเชย และไม่มีที่ปรึกษากฎหมาย ส่วนในปัจจุบันการตัดสินใจแล้วแต่ผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติคิดว่าความตายต้องป้องกันได้ มีความคาดหวังสูง หมอรักษาต้องไม่ตาย การรักษาโดยไม่จ่ายเงินถือเป็นสิทธิของผู้ป่วย หากมีความ



## ปาฐกถา “เปรม วัชร” ครั้งที่ 8

เสียหายเกิดขึ้นต้องมีการชดเชย และผู้ป่วยมีที่ปรึกษาด้านกฎหมาย”

แน่นอนว่าในอนาคตปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแพทย์จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงไปจากในอดีตและปัจจุบัน ซึ่งนายกแพทยสภาได้กล่าวทิ้งท้ายเป็นข้อคิดเกี่ยวกับเรื่องนี้เอาไว้ว่า “เมื่อสังคมเปลี่ยน สิ่งที่แพทย์ควรทำก็คือปรับตัวตามสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย”

ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ.....

เป็นอีกวิกฤติหนึ่งในปัจจุบันซึ่งพวกเราคงติดตามข่าวอยู่แล้ว รวมทั้งอาจได้เข้ามีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิด เห็นและประชาพิจารณ์ในโอกาสต่างๆ จึงขอยกเว้นไม่ขอกล่าวในที่นี้

### การเปิดตลาดการค้าบริการเพื่อนำไปสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน {ASEAN Economic Community (AEC) Blueprint} ปี ค.ศ. 2015

กลุ่มประเทศอาเซียน (The Association of South East Asian Nations/ASEAN) ซึ่งประกอบด้วยประเทศบรูไน กัมพูชา อินโดนีเซีย ลาว มาเลเซีย เมียนมาร์ ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ ไทย และเวียดนาม ได้มีข้อตกลงร่วมกันในเรื่อง “การเปิดเสรีการค้าบริการอาเซียน สาขาสุขภาพ บริการแพทย์ และทันตกรรม” โดยมีความเป็นมาดังนี้

ในการประชุมสุดยอดอาเซียนครั้งที่ 9 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2546 ณ เกาะบาหลิ ผู้นำอาเซียนได้ลงนามในปฏิญญาบาหลิ (Bali Concord II) แสดงเจตนารมณ์ที่จะนำอาเซียนไปสู่การเป็นประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) โดยประกอบด้วย 3 เสาหลัก คือ ความมั่นคง เศรษฐกิจ และสังคม/วัฒนธรรม ภายในปี ค.ศ. 2020 (พ.ศ. 2563) ในการประชุมสุดยอดอาเซียนครั้งที่ 11 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2548 ณ กรุงกัวลาลัมเปอร์ ผู้นำอาเซียนได้มอบให้รัฐมนตรีและเจ้าหน้าที่อาวุโสด้านเศรษฐกิจไปศึกษาความเป็นไปได้ในการเร่งรัดการจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) ให้เร็วขึ้นอีก 5 ปี คือจากปี ค.ศ. 2020 (พ.ศ. 2563) เป็นภายในปี ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558)

หลังจากการศึกษาและเห็นว่าความเป็นไปได้ในการเร่งรัดเป้าหมายให้เร็วขึ้นดังกล่าว เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2549 รัฐมนตรีเศรษฐกิจอาเซียน (AEM) จึงได้



มอบหมายให้เจ้าหน้าที่อาวุโส (SEOM) จัดทำ “แผนงานการจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC Blueprint)” พร้อมกับ “ตารางเวลาดำเนินกิจกรรมต่างๆ (Strategic Schedule)” เพื่อเป็นแนวทางดำเนินงานไปสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี 2015 (พ.ศ. 2558)

ต่อมา ในการประชุมสุดยอดอาเซียน ครั้งที่ 12 เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2550 ที่ฟิลิปปินส์ ผู้นำอาเซียนได้ลงนามเห็นชอบในปฏิญญาเซบู เพื่อยืนยันเจตนารมณ์ในการเร่งรัดการจัดตั้งประชาคมอาเซียนให้เร็วยิ่งขึ้นจากปี ค.ศ. 2020 เป็นปี ค.ศ. 2015

เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2550 รัฐมนตรีเศรษฐกิจอาเซียน ได้ให้การรับรองแผนการจัดตั้ง AEC และตารางเวลาดำเนินงานฯ พร้อมกับ “ปฏิญญาว่าด้วยแผนงานการจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (Declaration on the AEC Blueprint)” ซึ่งเป็นเอกสารประกาศเจตนารมณ์ว่า สมาชิกอาเซียนทั้งหมดจะร่วมกันดำเนินการเปิดเสรีการค้าให้ลุล่วงตามแผนงาน โดยได้เสนอผู้นำอาเซียนลงนามในช่วงการประชุมสุดยอดอาเซียนครั้งที่ 13 ระหว่างวันที่ 19-22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 ที่ประเทศสิงคโปร์

### **ความจำเป็นที่ต้องมุ่งไปสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC)**

ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ ซึ่งแต่ละประเทศต้องพึ่งพาการค้าระหว่างประเทศมากยิ่งขึ้น การปรับตัวและบูรณาการเข้าในเวทีเศรษฐกิจการค้าโลกจึงเป็นประเด็นสำคัญอย่างหนึ่งของประเทศ ในขณะเดียวกันการเจรจาเพื่อเปิดตลาดในระดับพหุภาคีภายใต้องค์การการค้าโลก (World Trade Organization: WTO) ยังมีที่ท้าวว่าจะไม่สามารถสรุปผลได้ในอนาคตอันใกล้ ประเทศต่างๆจึงได้พยายามที่จะทำข้อตกลงการค้าเสรีไม่ว่าจะในระดับทวิภาคี เช่น สหภาพยุโรปกับชิลี ฯลฯ หรือระดับภูมิภาค เช่น สหภาพยุโรปกับ MERCOSUR (กลุ่มประเทศอเมริกาใต้)

สำหรับอาเซียนซึ่งได้ร่วมตัวกันเป็นกลุ่มเศรษฐกิจในระดับภูมิภาคโดยการจัดทำเขตการค้าเสรีอาเซียน (ASEAN Free Trade Area: AFTA) มาแล้ว 15 ปี และเริ่มที่จะต้องรวมตัวกับประเทศหรือกลุ่มคู่ค้าสำคัญ เช่นกับญี่ปุ่น จีน เกาหลี สหภาพยุโรป ฯลฯ ดังนั้นอาเซียนเองจำต้องรวมตัวกันให้เหนียวแน่นและในเชิงลึกยิ่งขึ้นเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งของกลุ่ม ก่อนที่จะสามารถไปรวมตัวกับประเทศคู่ค้าอื่นๆให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับอาเซียนได้





## ปาฐกถา “เปรม วัชร” ครั้งที่ 8

### สรุปสาระสำคัญของ AEC Blueprint

AEC Blueprint เป็นการรวบรวมแผนงานด้านเศรษฐกิจที่มีอยู่เดิมในอดีตที่ได้ทำอยู่แล้ว และแผนงานใหม่ๆที่จะดำเนินการต่อไปนำมากำหนดกิจกรรมต่างๆอย่างมีเป้าหมายและระยะเวลาดำเนินการที่ชัดเจน โดยสมาชิกอาเซียนจะต้องเจรจาตกลงกันต่อไปว่า จะเปิดเสรีอะไร เท่าใด และเช่นใด เพื่อนำไปสู่การจัดตั้ง AEC ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในปี ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558)

เป้าหมายสำคัญของ AEC Blueprint มี 4 ด้านหลักคือ

- (1) การเป็นตลาดและฐานการผลิตเดียวของอาเซียน เพื่อให้มีการเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ การลงทุน และแรงงานฝีมืออย่างเสรี รวมทั้งการเคลื่อนย้ายเงินทุนอย่างเสรีมากขึ้นด้วย
- (2) การเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของอาเซียน
- (3) การพัฒนาอย่างเท่าเทียมกัน หรือการลดช่องว่างในการพัฒนาระหว่างสมาชิก
- (4) การบูรณาการเข้ากับเศรษฐกิจโลก

AEC Blueprint ได้กำหนดแผนงานด้านการค้าบริการไว้ในหัวข้อ Free Flow of Services โดยสาระสำคัญของแผนงานเปิดตลาดด้านการค้าบริการดังนี้

- ลด/เลิกข้อจำกัดต่อการค้าบริการภายในปี พ.ศ. 2553 (ค.ศ. 2010) สำหรับสาขาบริการสำคัญ (Priority Sectors) 4 สาขา ได้แก่ การขนส่งทางอากาศ e-ASEAN (คอมพิวเตอร์และโทรคมนาคม) สุขภาพ และการท่องเที่ยว สำหรับสาขาบริการสำคัญอีกหนึ่งสาขา คือ โลจิสติกส์ ให้ลด/เลิกข้อจำกัดให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2556 (ค.ศ. 2013) ส่วนสาขาบริการอื่นๆที่เหลือนั้น ให้ลด/เลิกข้อจำกัดภายในปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) ซึ่งเป็นปีเป้าหมายที่จะจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

ในส่วนของรายละเอียดเงื่อนไขการเปิดตลาดนั้น ประกอบด้วย

1. การให้ต่างชาติให้บริการข้ามพรมแดนเข้ามาในประเทศ (Mode 1)
2. การเดินทางไปบริโภคบริการในต่างประเทศ (Mode 2)
3. การให้ต่างชาติเข้ามาลงทุนประกอบธุรกิจ (Mode 3)
4. การให้บุคลากรต่างชาติเข้ามาทำงานในประเทศ (Mode 4)

(หมายเหตุ เอกสารกรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ กันยายน พ.ศ. 2552)

ในเรื่องนี้ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยได้รับทราบจากการประชุมในกลุ่มของประธานราชวิทยาลัย และวิทยาลัยศัลยแพทย์ของประเทศต่างๆที่เข้าร่วมประชุม (Presidential Round Up) ในการประชุมวิชาการประจำปีของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2551, 2552 และ 2553 ด้วยความห่วงใยในผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อวงการศัลยแพทย์ของไทย จาก AEC Blueprint นี้ ราชวิทยาลัยฯ จึงได้ติดต่อประสานท่านอธิบดีกรมการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ ขอเชิญเจ้าหน้าที่ของกรมฯมาบรรยายให้คณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัยฯได้รับทราบถึงรายละเอียดและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งได้รับความกรุณาจากท่านอธิบดีให้ คุณณรงค์ พูลพิพัฒน์ ผู้อำนวยการส่วนการค้าบริการอาเซียน กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ มาเป็นวิทยากรบรรยาย เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2553 และต่อมาทางกรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศก็ได้จัดสัมมนา เรื่อง “โอกาสธุรกิจไทยภายใต้การเปิดเสรีการค้าบริการอาเซียนสาขาสุขภาพ บริการ แพทย์ และทันตกรรม” เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2553 ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับฟังและแสดงความคิดเห็น

เราคงต้องติดตามเรื่องนี้อย่างใกล้ชิดและศึกษาให้ต่อเนื่องต่อไป เพื่อเตรียมตัวในส่วนของเราให้ดี ให้สามารถเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นได้ในอนาคต

### **การเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาแพทย์ที่สนใจศัลยศาสตร์**

คณะกรรมการบริหาร ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย มีความห่วงใยที่มีแนวโน้มว่า นักศึกษาแพทย์ในปัจจุบันมีความสนใจเรียนสาขาศัลยศาสตร์น้อยลง เนื่องจากเป็นสาขาที่มีภาระงานหนัก ค่าตอบแทนน้อยไม่สอดคล้องกับการะงาน และมีโอกาสถูกฟ้องร้องสูง ในขณะที่เดียวกันแนวโน้มคนรุ่นใหม่ต้องการมีชีวิตที่มีคุณภาพ มีเวลาให้กับครอบครัวมากขึ้น เข้าออกทำงานตามเวลา ซึ่งไม่สอดคล้องกับการเป็นศัลยแพทย์

ราชวิทยาลัยฯ จึงได้จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการเป็นศัลยแพทย์ให้กับนักศึกษาแพทย์ปีสุดท้าย ในการประชุมวิชาการประจำปีของราชวิทยาลัยฯในเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2553 ที่ผ่านมา โดยการนำทีมของท่านเลขาธิการ



## ปาฐกถา “เปรม วัชร” ครั้งที่ 8

ราชวิทยาลัยฯ ศ.นพ.ศุภกร โรจนนินทร์ และคณะ ซึ่งได้รับการตอบสนองเป็นอย่างดีจากคณะแพทย์ ครูอาจารย์และนักศึกษาแพทย์จากทุกโรงเรียนแพทย์ และเป็นกิจกรรมที่ราชวิทยาลัยฯต้องทำอย่างสม่ำเสมอต่อไป

### บทบาทของศัลยแพทย์สตรี (Women in Surgery)

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2514-2548 มีศัลยแพทย์ที่ได้รับวุฒิมัธยมศึกษาหรือหนังสืออนุมัติจำนวนทั้งสิ้น 2,964 คน เป็นชาย 2,853 คน หญิง 111 คน (ร้อยละ 3.744) ในจำนวนศัลยแพทย์หญิง 111 คนนี้ เป็นศัลยแพทย์ทั่วไป 66 คน ประสาทศัลยแพทย์ 7 คน ศัลยแพทย์ตกแต่ง 10 คน ศัลยแพทย์ทรวงอกและหัวใจ 3 คน และศัลยแพทย์ยูโรวิทยา 5 คน กุมารศัลยแพทย์ 18 คน ศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 2 คน (ยังขาดข้อมูลศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์)

ในจำนวนแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์ ปี พ.ศ. 2553 ชั้นปีที่ 1, 2, 3, 4, และ 5 ในสาขาต่างๆ มีจำนวนแพทย์ชาย และแพทย์หญิงดังนี้ ศัลยศาสตร์รวม 345 คน ชาย 273 คน หญิง 72 คน (ร้อยละ 20.87) กุมารศัลยศาสตร์รวม 23 คน ชาย 4 คน หญิง 19 คน (ร้อยละ 82.6) ศัลยศาสตร์ตกแต่งรวม 70 คน ชาย 50 คน หญิง 20 คน (ร้อยละ 28.6) ศัลยศาสตร์ทรวงอกรวม 48 คน ชาย 41 คน หญิง 7 คน (ร้อยละ 14.6) ประสาทศัลยศาสตร์รวม 112 คน ชาย 92 คน หญิง 20 คน (ร้อยละ 17.86) ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยารวม 74 คน ชาย 64 คน หญิง 10 คน (13.5%) ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักรวม 4 คน ชาย 4 คน ศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยารวม 6 คน ชาย 6 คน ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุรวม 1 คน ชาย 1 คน ศัลยศาสตร์หลอดเลือดรวม 3 คน ชาย 3 คน ออร์โธปิดิกส์รวม 416 คน ชาย 391 คน หญิง 25 คน (ร้อยละ 6) รวมทุกสาขาทุกชั้นปี 1,102 คน เป็นชาย 929 คน (ร้อยละ 84.3) หญิง 173 คน (ร้อยละ 15.7)

จะเห็นว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2514-2548 มีศัลยแพทย์หญิงเพียงร้อยละ 3.744 แต่ในอีก 5 ปีจากนี้ไปจะมีศัลยแพทย์หญิงจบออกมาถึงร้อยละ 15.7 ซึ่งแน่นอนว่าจะต้องมีผลกระทบต่อวิชาชีพด้านศัลยกรรมอันเนื่องจากการตั้งครุภักดิ์ทั้งในเรื่องของการฝึกศึกษา การเงิน การอยู่เวรนอกเวลา เป็นต้น

หากหันมาดูการเปลี่ยนแปลงของประชากรแพทย์ไทย ศ.นพ. สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา ให้ข้อมูลว่าในปี พ.ศ. 2550 ประเทศไทยมีแพทย์ทั้งหมดจำนวน 34,000



คน เป็นชาย 22,134 คน หญิง 12,666 คน ปฏิบัติงานอยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล 13,578 คน ปฏิบัติงานในต่างจังหวัด 17,219 คน ปฏิบัติงานในต่างประเทศ 398 คน ไม่ทราบสังกัด 2,213 คน ถูกถอนใบอนุญาต 13 คน และเสียชีวิตไปแล้วจำนวน 1,199 คน ซึ่งหากพิจารณาจากตัวเลขจะพบว่าเรามีนายแพทย์มากกว่าแพทย์หญิงอยู่ประมาณ เกือบ 10,000 คน อย่างไรก็ตาม ในระยะหลังพบว่าบัณฑิตแพทย์ส่วนใหญ่เป็นหญิง มากกว่าชาย ซึ่งก็จะส่งผลต่อปัญหาจำนวนแพทย์ไม่พอเพียงเช่นกัน โดย ศ. นพ.สมศักดิ์ ได้แสดงทัศนะเอาไว้ว่า “สำหรับประชากรแพทย์ตอนนี้นั้นอายุเฉลี่ยอายุ 40 ปีขึ้นไป ผู้ชาย จะมากกว่าผู้หญิง ส่วนในกลุ่มของแพทย์ที่อายุต่ำกว่า 30 ปี ผู้หญิงจะมากกว่าผู้ชาย คล้ายๆ กับประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งขณะนี้อัตราส่วนระหว่างแพทย์ผู้หญิงกับผู้ชาย ต่างกันประมาณ 2 เท่า ส่วนอนาคตของนักศึกษาแพทย์เรากำลังอยู่ในช่วงของจุดเปลี่ยน จากที่เคยมีนักศึกษาแพทย์ผู้ชายมากกว่ามาเป็นจำนวนนักศึกษาแพทย์ผู้หญิงมากกว่า ซึ่งอาจจะยกเว้นวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้าซึ่งนักศึกษาแพทย์ชายมากกว่า”

“หากสถานการณ์เป็นแบบนี้และมีแพทย์ที่เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายก็จะมีปัญหา ในอนาคต เนื่องจากช่วงการทำงานจะน้อยลง เพราะผู้หญิงต้องออกไปเลี้ยงลูก ดูแลครอบครัว อยู่เวรตึกมากกว่า ก็ไม่ไหว เพราะฉะนั้นเวลาทำงานก็จะน้อย ส่งไปทำงานไกลๆ ก็ลำบาก” ศ. นพ.สมศักดิ์ กล่าว

### ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (Surgery for the Elderly)

จากข้อมูลของสหประชาชาติ ในเอเชีย ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) มากเป็นอันดับต้นๆ รองจากญี่ปุ่น เกาหลี และสิงคโปร์ ประชากรสูงอายุของ ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2553 อยู่ที่ประมาณ 5 ล้านคน (ร้อยละ 8) และจะเพิ่มเป็น 8 ล้านคน (ร้อยละ 11) และ 11 ล้านคน (ร้อยละ 16) ในปี พ.ศ. 2563 และ 2573 ตาม ลำดับ ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น เพิ่มภาวะโรคเรื้อรังและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ

ศ. นพ.สมศักดิ์ โสฬ์เลขา นายแพทย์สภาคกล่าวว่า ปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการทำงานของแพทย์ก็คือ ปัจจัยด้านประชากร ซึ่งในอนาคตมีแนวโน้มว่าจำนวนประชากร เด็กของประเทศไทยจะลดลง และจำนวนประชากรผู้สูงอายุจะมากขึ้น ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะส่งผลให้ประเทศไทยต้องการแพทย์เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน



## ปาฐกถา “เปรม ภิ” ครั้งที่ 8

“ในอนาคตอีกสิบกว่าปีข้างหน้าจำนวนประชากรเด็กจะเหลือน้อยกว่า 4 ล้านคน และประชากรสูงอายุจะมากขึ้น ซึ่งกลุ่มนี้ก็จะเป็กลุ่มใหญ่ที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ผู้ป่วยกว่าครึ่งจะมีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งเมื่ออายุมากก็ต้องไปโรงพยาบาลบ่อย นอกจากนั้นในกลุ่มเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 1 ปีก็ต้องไปโรงพยาบาลบ่อยเช่นกัน เพราะต้องไปฉีดวัคซีน เพราะฉะนั้นเราก็ต้องการแพทย์เพิ่มขึ้นอีกเพราะลักษณะของประชากรเปลี่ยนแปลงไป”

นพ. อิศพร คณะเจริญ รองเลขาธิการแพทยสภา เชื่อว่าในอนาคตความต้องการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในทุกสาขาจะเพิ่มมากขึ้น จากการที่ระบบการแพทย์ไทยมีการพัฒนาและเข้าถึงประชาชนมากขึ้น ขณะที่คนไทยเสียชีวิตน้อยลงและมีอายุเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้นทำให้ประเทศไทยจัดเข้าอันดับประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2553 นี้ มีผู้อายุเกิน 60 ปี ร้อยละ 11.7 และคาดว่าจะสูงถึงร้อยละ 16.8 ในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2563)

โดยผู้สูงอายุแทบทุกรายต้องการการดูแลจากแพทย์ ซึ่งมักมากกว่า 1 คน ในสาขาจากโรคตามวัย จากภาวะความเสี่ยงของอวัยวะต่างๆ อาทิ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ ไชข้อ กระดูก ตลอดจนมะเร็งที่เพิ่มขึ้นมาก ซึ่งเป็นภาระหน้าที่ของแพทย์ที่ต้องติดตามดูแลประชาชนเหล่านี้คู่ขนานกันไปตลอดชีวิต เท่ากับว่าความต้องการแพทย์เพื่อดูแลรักษาพยาบาลในอนาคตย่อมเพิ่มสูงขึ้นเป็นเงาตามตัวเช่นกัน

### ผลกระทบของนโยบาย Medical Hub of Asia ต่อระบบสาธารณสุขไทย

ศ.นพ.อดิศร ภัทรดุษฎี คณบดีคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้กล่าวสรุปถึงผลกระทบของนโยบายนี้ไว้เป็นอย่างดีว่า นโยบาย Medical Hub of Asia ของรัฐบาล เพื่อสร้างระบบการบริการสุขภาพไทยให้เป็นที่ต้องการของชาวต่างชาติ ให้ชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์หรือการดูแลสุขภาพ นำมาซึ่งรายได้เข้าประเทศโดยเฉพาะการบริการทางการแพทย์ได้ตั้งเป้าหมายไว้ในปี พ.ศ. 2551 มีเงินเข้าประเทศทางด้านนี้สูงถึง 80,000 ล้านบาทมองดูอย่างผิวเผินแล้ว นโยบาย Medical Hub of Asia น่าจะเป็นนโยบายที่ดี สามารถทำเงินให้ประเทศได้ตามเป้าที่ตั้งไว้ โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งรับนโยบายนี้ทันที สมาคมโรงพยาบาลเอกชนที่รวมตัวกันเสนอผลการดำเนินงานต่อเนื่องจนบัดนี้ เกือบ 2 ปี ทุกอย่างดูเป็นไปตามเป้า คือ จำนวนผู้ป่วยต่างชาติเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์

เพิ่มขึ้น และแน่นอนเงินตราเข้าประเทศต้องเพิ่มขึ้นทั้งในรูปของการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับโรงพยาบาลโดยตรงและจากทางอ้อมโดยตัวผู้ป่วยเองหรือครอบครัวเข้ามาพำนักอยู่ในประเทศในช่วงเวลาที่มีารับบริการทางการแพทย์

ดังนั้น รัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนเกือบทุกแห่งที่เปิดรับนโยบายนี้ ต่างพอใจกับนโยบาย Medical Hub of Asia แต่ถ้ามองลงไปลึกๆ แล้ว นโยบาย Medical Hub of Asia กำลังก่อให้เกิดปัญหาให้กับโรงพยาบาลหลายๆ แห่งในภาครัฐและเกิดปัญหาให้กับโรงเรียนแพทย์เกือบทุกแห่งและปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นนี้จะมีผลกระทบกับปัญหาด้านสาธารณสุขไทยอย่างใหญ่หลวงในอนาคต นอกจากนั้นนโยบาย Medical Hub of Asia ยังจะเกิดผลกระทบและทำลายระบบการบริการสุขภาพทางการแพทย์อันดีงามของสังคมไทยในไม่ช้า

**ผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากนโยบาย Medical Hub of Asia ต่อระบบสาธารณสุขไทยโดยรวม อาจสรุปเป็นข้อๆ ได้ดังนี้**

**1. ผลกระทบต่ออัตรากำลังของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขของประเทศ**

ทุกวันนี้อัตรากำลังของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขของเรายังไม่เพียงพอหรือเทียบกับจำนวนประชากรของประเทศ ไม่ว่าจะเป็นอัตรากำลังทางแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร และอื่นๆ โดยเฉพาะแพทย์มีจำนวนที่ยังขาดแคลนค่อนข้างสูง แม้ว่าขณะนี้มันโยบายผลิตแพทย์เพิ่ม จากประมาณปีละ 1,000 คน เป็นปีละ 2,000 คนก็ตาม อีก 10 ปีข้างหน้า (ประมาณปี พ.ศ. 2561) ประเทศไทยยังคงมีจำนวนแพทย์ต่อจำนวนประชากรต่ำกว่ามาตรฐานที่ควรจะเป็นและต่ำกว่าประเทศข้างเคียง

จะเห็นได้ว่าอัตรากำลังทางด้านสาธารณสุขขณะนี้และอีก 10 ปีข้างหน้า ยังไม่เพียงพอต่อการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนชาวไทย นโยบาย Medical Hub of Asia ที่เข้ามาต้องดึงบุคลากรทางด้านสาธารณสุขจำนวนหนึ่ง (ที่ขาดอยู่แล้ว) ไปให้บริการกับผู้ป่วยต่างชาติ

**2. ผลกระทบต่อการบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลภาครัฐ เนื่องจากการลาออกของบุคลากรด้านสาธารณสุข**

นโยบาย Medical Hub of Asia ทำให้โรงพยาบาลทุกแห่งในภาคเอกชน





## ปาฐกถา “เปรม ภิรมย์” ครั้งที่ 8

สนองนโยบายเดิมที่เพื่อนำมาซึ่งรายได้ของโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลเอกชนต้องแข่งขันกันเพื่อสร้างศูนย์เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ ให้เกิดขึ้นในโรงพยาบาลของตนเอง เพื่อเป็นจุดขายให้กับคนใช้ต่างชาติ

แน่นอน บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง หรือมีชื่อเสียงในภาคเอกชนยังไม่มีหรือมีไม่เพียงพอ จึงมีการดึงตัวบุคลากรเหล่านี้จากภาครัฐ โดยเสนอฐานเงินเดือนค่าตอบแทนที่สูงกว่าที่ได้รับจากภาครัฐเป็นจำนวนมาก สูงกว่า 5 เท่าถึง 10 เท่าหรือมากกว่า จึงทำให้เกิดการลาออกของแพทย์และพยาบาล จากภาครัฐจำนวนมาก ตัวอย่างเช่น มีการลาออกของแพทย์จากโรงพยาบาล สังกัดสาธารณสุขทั่วประเทศ ปีละกว่า 700 คน มา 3-4 ปีติดต่อกัน ทำให้เกิดการขาดแคลน แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกรในโรงพยาบาลภาครัฐ ปัญหาที่ตามมาคือใครที่จะอยู่ให้บริการกับผู้ป่วยยากไร้ ผู้ป่วยโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ผู้ป่วยประกันสังคม ซึ่งเป็นประชาชนคนไทยส่วนใหญ่กว่า 60 ล้านคน

### 3. ผลกระทบต่อการผลิตบัณฑิตนักศึกษาแพทย์ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในโรงเรียนแพทย์

เช่นเดียวกับผลกระทบข้อ 2 แต่รุนแรงกว่า ให้ผลกระทบที่หลายคนอาจคาดไม่ถึงว่าจะเกิดผลเสียต่อระบบสาธารณสุขไทยในอนาคตอย่างรุนแรง ซึ่งนโยบาย Medical Hub of Asia ทำให้เกิดความต้องการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางลึกลงไป โดยเฉพาะที่เก่งที่มีชื่อเสียงอย่างมากในภาคเอกชนแน่นอน แพทย์ที่เก่งและมีชื่อเสียงเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะเป็นอาจารย์อยู่ในโรงเรียนแพทย์ ซึ่งแต่ละโรงเรียนแพทย์ ต้องใช้เวลากว่า 10 ปีที่จะสร้างอาจารย์แพทย์แต่ละคน เริ่มจากส่งไปเรียนเฉพาะทางที่ต่างประเทศ แล้วกลับมาพัฒนาเทคนิคการรักษาและการผ่าตัดจนมีชื่อเสียง และเป็นตัวจักรสำคัญในการสอนนักเรียนแพทย์ สอนแพทย์ประจำบ้าน และการบริการผู้ป่วยที่มาปรึกษา

ขณะนี้เกิดการซื้อตัวอาจารย์แพทย์เหล่านี้ (ขอใช้คำว่า “ซื้อตัว” เพราะว่ามี การเสนอค่าตอบแทนสูงถึง 10-20 เท่าของเงินเดือนที่ได้รับจากโรงเรียนแพทย์) ในช่วงเวลา 2-3 ปีหลังนี้ มีภาวะสมองไหลของอาจารย์แพทย์ (เฉพาะอาจารย์แพทย์ที่เก่งที่มีชื่อเสียง) จากโรงเรียนแพทย์ทั้งหมด ปีละกว่า 40-50 คน ไปสู่ภาคเอกชน

ผลกระทบในเรื่องนี้ทำให้อาจารย์แพทย์ที่เหลืออยู่ทำงานหนักขึ้น เพราะจะสร้างอาจารย์แพทย์คนใหม่ได้ต้องใช้เวลาหลายปีทำให้ขาดผู้ที่อยู่สอนนักศึกษาแพทย์สอนแพทย์ประจำบ้าน ผลที่ตามมาในอนาคตอันไม่ไกล ทำให้คุณภาพในการผลิตแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านเฉพาะทางด้อยลง ซึ่งจะทำให้ระบบการบริการทางด้านสาธารณสุขไทยด้อยลงในอนาคตอย่างแน่นอน

#### 4. ผลกระทบต่อค่าตอบแทนแพทย์และค่าบริการทางการแพทย์

เมื่อมีคนใช้ชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการรักษามากขึ้น ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มาจากประเทศที่ประชากรมีรายได้ค่อนข้างดีและมีระบบประกันที่ดูแลอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีทุนทรัพย์ที่มากพอในการมาจ่ายค่าบริการให้กับระบบการบริการของบ้านเรา (ขณะนี้ค่าบริการทางการแพทย์ และค่าตอบแทนแพทย์ยังไม่สูงนัก) ทำให้เกิดกระบวนการเพิ่มค่าตอบแทนแพทย์และค่าบริการทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยต่างชาติสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งแน่นอน จะเป็นการทำลายกำแพงค่าตอบแทนและค่าบริการทางการแพทย์ที่ดำเนินอยู่กับผู้ป่วยชาวไทยซึ่งจะสูงขึ้นตาม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการบริการทางการแพทย์เป็นธุรกิจ” ไม่เหมือนความรู้สึกที่มีต่อการบริการทางการแพทย์ในวัฒนธรรมแบบไทยๆ ในอดีต

เมื่อผู้ป่วยต้องเสียค่าบริการที่แพง ก็ย่อมมีความคาดหวังต่อผลการรักษาและการบริการที่สูง เมื่อการบริการเกิดปัญหาผิดพลาด (ซึ่งเกิดขึ้นได้อยู่แล้วในภาวะปกติ) โดยแพทย์ทำทุกอย่างดีแล้วอย่างไม่ประมาทก็จะเกิดการฟ้องร้องกันขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ เหตุการณ์เช่นนี้จะเกิดมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งต่างจากในอดีต

จะเห็นได้ว่า นโยบาย Medical Hub of Asia จะมีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขไทย ในปัจจุบันและในอนาคตอันใกล้ ค่อนข้างจะรุนแรงและน่ากลัว แต่ก็ไม่ใช่ว่านโยบายจะไม่ได้ ไม่ควรทำ นโยบายนี้มีข้อดี และในยุคสมัยนี้คงจะหลีกเลี่ยงที่จะไม่ทำไม่ได้ แต่ผู้บริหารประเทศควรจะต้องมองถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากนโยบาย และหาวิธีป้องกันหรือทางออกที่ดีที่สุด

#### การพัฒนาศัลยศาสตร์ของไทย

จากวิกฤตต่างๆที่เกิดขึ้น ถือเป็นโอกาสอันดีในการที่จะพัฒนาศัลยศาสตร์ของประเทศในด้านต่างๆหลายด้านด้วยกัน อาทิเช่น



## ปฏิญญา “เปรม บรี” ครั้งที่ 8

### ก. ด้านการฝึกศึกษา การวิจัย

ได้แก่ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน การศึกษาต่อ (Fellowship training), Continuing medical education; Lifelong learning & Self-assessment, Maintenance of certification examination/ Public trust, Academic surgeons, Rural surgeons, การวิจัย (Excellence in research) เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาด้านศัลยศาสตร์ของประเทศ และภาษาอังกฤษ เพื่อการมีบทบาทในศัลยศาสตร์ของภูมิภาคและของโลก เป็นต้น

### ข. ด้านคุณธรรม จริยธรรม

ได้แก่ คุณธรรมและจริยธรรม Ethics, Professionalism, Communication skills, การบริจาค (Philanthropy), การยื่นมือให้ความช่วยเหลือ (Humanitarian & Volunteerism)

### ค. ด้านการพัฒนาคุณภาพ

ได้แก่ การพัฒนานาวิชาชีพ (Continuous professional development) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของ Surgical quality improvement, Surgical patient safety

### ง. ด้านการบริหาร

ได้แก่ IT in Surgery; Internet-based surgical education

### จ. ด้านการบริการ

ได้แก่ การให้ความรู้สู่ประชาชน (Patient education), ทีมอาสาสมัคร (Surgical team volunteer), บทบาทในการป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคมะเร็ง และอุบัติเหตุ และบทบาทในวงการศัลยศาสตร์ของโลก เช่น ACS, RACS, RCSEd, ISS ฯลฯ



## ศิลาจารึกไทย: อดีต ปัจจุบันและอนาคต

หมายเหตุ : ขอขอบคุณผู้บริหาร กระทรวงสาธารณสุข สำหรับบทความต่างๆ ขอขอบคุณ คณะกรรมการแพทยสภา สำหรับบทความ ข้อมูล และสถิติต่างๆ ของแพทยสภา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ท่านศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โสฬ์เลขา นายกแพทยสภา และ นาวาอากาศเอก(พิเศษ) นายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ รองเลขาธิการแพทยสภา ขอขอบคุณ ท่านศาสตราจารย์นายแพทย์อดิศร ภัทรคุณีย์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ ศาสตราจารย์นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล คณบดีคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ศาสตราจารย์นายแพทย์สิน อนุราษฎร์ ผู้อำนวยการด้านการแพทย์ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติ นายแพทย์พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข รองศาสตราจารย์ ดร. มณฑล สงวนเสริมศรี อธิการบดีมหาวิทยาลัยนเรศวร นายแพทย์ ศุภโชค เกิดลาภ อดีตนายกสหพันธ์นิสิตนักศึกษาแพทย์แห่งประเทศไทย ท่านอาจารย์ นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช ท่านที่ปรึกษา และอาจารย์นายแพทย์พรเทพ เปรมโยธิน ท่านผู้อำนวยการ ราชวิทยาลัยศิลาแพทย์แห่งประเทศไทย และอีกหลายๆ ท่านที่ได้กล่าว ถึงสำหรับข้อมูลที่มีประโยชน์ ที่ได้อ้างถึงในบทความนี้



## ปาฐกถา “เปรม บุรี” ครั้งที่ 8

# ความเป็นมา ในการจัดปาฐกถา “เปรม บุรี”

เพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติคุณของศาสตราจารย์เกียรติคุณเปรม บุรี ซึ่งถือว่าเป็นปูชนียบุคคลคนหนึ่งของคณะฯ ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ร่วมก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และเป็นหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์คนแรก ท่านได้วางรากฐานการศึกษาทางศัลยศาสตร์ของคณะฯจนเป็นปึกแผ่นและมีชื่อเสียงจนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ท่านยังเป็นผู้ก่อตั้งศูนย์เวชศาสตร์ชุมชนของคณะฯอีกด้วย นับว่าท่านเป็นผู้ที่มีคุณูปการอย่างใหญ่หลวงต่อชาวรามาคิดอย่างยิ่ง ภาควิชาศัลยศาสตร์จึงได้จัดปาฐกถา “เปรม บุรี” เพื่อเป็นเกียรติแต่ท่านเป็นประจำมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547

- |            |  |
|------------|--|
| ครั้งที่ 1 | วันอังคารที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2547<br>เรื่อง “ประสบการณ์หลังเกษียณอายุราชการ”<br>โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณเปรม บุรี   |
| ครั้งที่ 2 | วันพุธที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2548<br>เรื่อง “คุณสมบัติของศัลยแพทย์ที่ดี”<br>โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณสิระ บุญยะรัตเวช   |
| ครั้งที่ 3 | วันจันทร์ที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549<br>เรื่อง “เมื่อศัลยแพทย์ถูกร้องเรียน”<br>โดย : รองศาสตราจารย์นายแพทย์ทองดี ชัยพานิช |
| ครั้งที่ 4 | วันจันทร์ที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550<br>เรื่อง “คำนิ่งถึงศัลยกรรม”<br>โดย : รองศาสตราจารย์นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์       |

- ครั้งที่ 5 วันอังคารที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551  
เรื่อง “ระลึกถึงคัลยศาสตร์ศิรราช-รามธิบดี”  
โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณวีระสิงห์ เมืองมัน
- ครั้งที่ 6 วันจันทร์ที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552  
เรื่อง “4 ทศวรรษ คัลยศาสตร์รามธิบดี”  
โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณวิวัฒน์ วิสุทธิโกศล
- ครั้งที่ 7 วันจันทร์ที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2553  
เรื่อง “วิกฤตวงการคัลยกรรมไทย”  
โดย : พลโท ศาสตราจารย์เกียรติคุณนพดล วรอุไร
- ครั้งที่ 8 วันพฤหัสบดีที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2555  
เรื่อง “คัลยกรรมไทย : อดีต ปัจจุบันและอนาคต”  
โดย : ศาสตราจารย์เกียรติคุณอรุณ เฟาส์วัลด์